

Maija Kortteinen

Sosiaaliset ongelmat ja mielenterveyden häiriöt

Katsaus Seinäjoen tilanteeseen

Opinnäytetyö

Syksy 2017

SeAMK Sosiaali- ja terveysala

Sosionomi (AMK)



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU
SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

Opinnäytetyön tiivistelmä

Koulutusyksikkö: Sosiaali- ja terveysalan yksikkö

Tutkinto-ohjelma: Sosiaalialan tutkinto-ohjelma

Suuntautumisvaihtoehto: Sosionomi (AMK)

Tekijä: Maija Kortteinen

Työn nimi: Sosiaaliset ongelmat ja mielenterveyden häiriöt: Katsaus Seinäjoen tilanteeseen

Ohjaaja: Arja Hemminki

Vuosi: 2017

Sivumäärä: 95

Liitteiden lukumäärä: 1

Tämän opinnäytetyötutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa Seinäjoen asukkaiden mielenterveyttä ja sosiaalisia ongelmia, kuten päihteiden käyttöä, rikollisuutta ja pelaamista ja niiden kehittymistä vuosina 2009-2016. Tutkimuksessa on verrattu Seinäjoen tuloksia Etelä-Pohjanmaan ja koko Suomen tuloksiin. Tutkimus on tehty yhteistyössä Seinäjoen kaupungin terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen yksikön kanssa. Tutkimus on osa valmisteilla olevaa ehkäisevää mielenterveys- ja päihdestrategiaa vuosille 2017-2020. Tutkimus on toteutettu määrällisenä tutkimuksena, jossa on hyödynnetty valmiita aineistoja, jotka ovat peräisin kouluterveyskyselyistä, sotkanetin tilastoista ja poliisin tilastoista.

Tämän opinnäytetyön teoreettinen viitekehys koostuu tutkimuksessakin esillä olleista aiheista. Näitä ovat osallisuus ja syrjäytyminen, mielenterveys ja mielenterveyshäiriöt, päihteiden käyttö ja sitä ennakoivat tekijät, mielenterveyden yhteys päihteiden käyttöön ja muihin sosiaalisiin ongelmiin sekä mielenterveys- ja päihdepalvelujen palvelujärjestelmä.

Tutkimustulosten mukaan Seinäjoen asukkaiden mielenterveyden tila on yleisesti ottaen hieman heikentynyt. Nuoret kokevat enemmän koulu-uupumusta ja ahdistusta kuin ennen. Huostaanotot ja mielenterveyspalvelujen käyttö ovat lisääntyneet, mikä voi kuitenkin yhtä hyvin kertoa toimivista palveluista kuin siitä, että väestön psyykkinen vointi on huonontunut. Päihteiden käytössä on nähtävillä muutosta, joka kertoo toisten päihteiden vähentymisestä, mutta toisten lisääntymisestä. Tupakanpolto on jossain määrin korvattu nuuskan käytöllä ja alkoholinkäytöstä on siirrytty huumekokeiluihin, joiden olettaisiin tarkoittavan erityisesti kannabiksen käyttöä. Alkoholinkäyttö on kuitenkin Seinäjoella edelleen yleisempää kuin vertailukohteissa. Tutkimustulosten mukaan ongelmapelaaminen on hieman vähentynyt, mutta rikollisuus hieman lisääntynyt Seinäjoella viimeisten vuosien aikana.

Avainsanat: sosiaaliset ongelmat, osallisuus, päihteet, mielenterveys, mielenterveys- ja päihdepalvelujen palvelujärjestelmä

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Thesis abstract

Faculty: School of Health Care and Social Work

Degree programme: Degree programme in Social Services

Specialisation: Bachelor of Social Services

Author/s: Maija Kortteinen

Title of thesis: Social Problems and Mental Disorders: An Overview of the Situation in Seinäjoki

Supervisor(s): Arja Hemminki

Year: 2017

Number of pages: 95

Number of appendices: 1

The purpose of this thesis research is to survey mental health and social problems, such as substance use, criminality and gambling, and how they have developed during 2009-2016 in Seinäjoki. In this research, the situation in Seinäjoki is compared to the situation in South Ostrobothnia and the whole Finland. This research was carried out in collaboration with Seinäjoki Health and Welfare Unit. This research is part of the strategy of preventive mental health- and intoxicant abuse for the years 2017-2020 in the making. The research was carried out as a quantitative research with completed materials, based to school health investigation, statistics of Sotkanet and police.

The theoretical framework of this thesis consists of topics that came up during the research. These are participation and social exclusion, mental health and mental health problems, substance use and proactive factors, connection with mental health and substance use and other social problems, as well as the service system of mental health and substance abuse.

According to the research results, mental health for Seinäjoki inhabitants has deteriorated. Adolescents suffer more of fatigue at school and anxiety than before. Custody and use of mental health services have increased, which can be explained by the functional services or deteriorating mental health. There is a perceptible change in substance use, which tells that while other intoxicants decrease, other intoxicants increase. Smoking is replaced by snuff to some extent, and alcohol consumption has led to drug experimentation, which I assume to be mostly cannabis use. Alcohol use is still more common in Seinäjoki than elsewhere. The research results indicate that gambling has decreased a little, but criminality has slightly increased in Seinäjoki during the past years.

Keywords: social problems, implication, intoxicants, mental health, service system for mental health and substance abuse

SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä.....	2
Thesis abstract.....	3
SISÄLTÖ	4
Kuva-, kuvio- ja taulukkoluettelo	8
1 JOHDANTO	12
2 LÄHTÖKOHDAT TUTKIMUKSELLE JA OPINNÄYTETYÖLLE	14
2.1 Aiheen valinta ja perustelut	14
2.2 Tavoitteet ja tutkimuskysymykset	15
3 OSALLISUUDESTA JA SYRJÄYTYMISESTÄ	17
3.1 Osallisuuden merkitys	17
3.2 Varhainen puuttuminen ehkäisee syrjäytymistä	18
3.3 Syrjäytymiseen liittyviä ilmiöitä	20
4 MIELENTERVEYS JA MIELENTERVEYSHÄIRIÖT	23
4.1 Mielenterveys on erottamaton osa terveyttä	23
4.2 Mielenterveyteen vaikuttavia tekijöitä	24
4.3 Mielenterveysongelmien yleisyydestä ja yleisimmistä mielenterveyshäiriöistä	25
4.3.1 Ahdistuneisuushäiriöt ja niiden ilmeneminen	25
4.3.2 Mielialahäiriöt ja niiden ilmeneminen	26
4.3.3 Persoonallisuushäiriöt	28
4.3.4 Skitsofrenia ja muut psykoosit	28
4.4 Mielenterveyden vahvistaminen ja tukeminen	29
5 PÄIHTEIDEN KÄYTTÖ JA SITÄ ENNAKOIVAT TEKIJÄT	31
5.1 Päihteet ja niiden käyttötavat	31
5.1.1 Alkoholit ja sen käytön vaikutukset	31
5.1.2 Kannabis ja muut huumeet	32
5.2 Päihteiden käytön vaikutukset hyvinvointiin	33
5.3 Päihteettömyys ja sen tukeminen	34
6 MIELENTERVEYDEN YHTEYS PÄIHTEISIIN JA MUIHIN SOSIAALISIIN ONGELMIIN	35

6.1	Kaksoisdiagnoosi	35
6.2	Ongelmapelaaminen ja sen seuraukset	36
6.3	Riippuvuudet	36
6.4	Miten mielenterveysongelmat liittyvät syrjäytymiseen	37
7	MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEPALVELUJEN PALVELUJÄRJESTELMÄ.....	39
7.1	Mielenterveyspalvelut ja niiden kehittäminen	39
7.2	Päihdepalvelut.....	41
7.3	Mielenterveys- ja päihdepalvelut Seinäjoella	42
8	TUTKIMUKSEN KULKU	43
8.1	Tutkimusmenetelmät.....	43
8.2	Aineiston hankinta.....	44
8.3	Aineiston analysointi	44
9	TUTKIMUS SEINÄJOEN KAUPUNGIN MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEKILANTEEN KEHITYKSESTÄ VUOSINA 2009-2016	46
9.1	Päihteiden käyttö ja sitä ennakoivat tekijät.....	46
9.1.1	Nuorten alkoholinkäyttö	46
9.1.2	Nuorten huumekekeilut	47
9.1.3	Läheisen alkoholinkäyttö.....	48
9.1.4	Nuorten tupakointi	49
9.1.5	Nuorten nuuskaaminen	50
9.1.6	Nuorten rahapelien pelaaminen	50
9.1.7	Väestön tupakointi	52
9.1.8	Alkoholista liikaa käyttävät.....	53
9.1.9	Alkoholijuomien myynti.....	54
9.2	Päihteiden käytön vaikutukset hyvinvointiin	54
9.2.1	Vuodeosastoilla hoidetut päihdehuollon asiakkaat.....	54
9.2.2	Laitoksissa hoidossa olleet päihdehuollon asiakkaat	56
9.2.3	Päihdehuollon asumispalvelut.....	56
9.2.4	Päihdehuollon avopalvelut	58
9.2.5	Päihdehuollon nettokustannukset	58
9.2.6	Päihtyneiden säilönotot.....	60
9.3	Mielenterveyttä haastavia tekijöitä	61

9.3.1	Lasten ja nuorten ahdistuneisuus	61
9.3.2	Koulu-uupumus.....	62
9.3.3	Lasten ja nuorten ystävyysuhteet.....	63
9.3.4	Keskusteluvaikeuksia vanhempien kanssa	64
9.3.5	Koulukiusattuna vähintään kerran viikossa	65
9.3.6	Lasten ja nuorten kokema fyysisen uhka	66
9.3.7	Lasten ja nuorten kokema seksuaalinen väkivalta	66
9.3.8	Koulutuksen ulkopuolelle jääneet nuoret.....	67
9.3.9	Lastensuojelun avohuollon tuen piirissä vuoden aikana olleet.....	68
9.3.10	Huostassa vuoden aikana olleet lapset ja nuoret.....	69
9.3.11	Lapsiperheiden pienituloisuus.....	70
9.3.12	Työttömyys.....	70
9.3.13	Toimeentulotukea saaneet henkilöt	74
9.3.14	Asunnottomat yksinäiset	74
9.4	Mielenterveyspalvelujen käyttö	76
9.4.1	Lastenpsykiatrian avohoitokäynnit	76
9.4.2	Nuorisopsykiatrian avohoitokäynnit.....	76
9.4.3	Perusterveydenhuollon mielenterveyskäynnit	78
9.4.4	Mielenterveyden avohoitokäynnit.....	79
9.4.5	Erikoissairaanhoidon avohoitokäynnit psykiatriassa	80
9.4.6	Psykiatrian erikoisalojen avohoitokäynnit.....	81
9.4.7	Psykiatrian laitoshoidon hoitopäivät	82
9.4.8	Psykiatrian laitoshoidon hoitojaksot	82
9.5	Mielenterveysongelmat ja niiden seuraukset	83
9.5.1	Vaikeat psykoosit ja muut vaikeat mielenterveyden häiriöt	83
9.5.2	Itsemurhakuolleisuus	85
9.5.3	Nuorten itsemurhakuolleisuus.....	85
9.6	Rikollisuus.....	87
9.6.1	Henkeen ja terveyteen kohdistuneet rikokset.....	87
9.6.2	Pahoinpitelyrikokset	87
9.6.3	Henkirikokset	89
9.6.4	Huumausainerikokset	90
9.6.5	Rattijuopumukset	91
9.6.6	Seksuaalirikokset	93

9.6.7 Kotihälytykset.....	94
10JOHTOPÄÄTÖKSET	95
10.1 Seinäjoen asukkaiden sosiaaliset ongelmat, eli päihteiden käyttö, pelaaminen ja rikollisuus	95
10.2 Seinäjoen asukkaiden mielenterveys	97
11 POHDINTA	98
11.1 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus.....	98
11.2 Opinnäytetyöprosessin kuvaus ja ammatillinen kasvu	99
LÄHTEET	101

Kuva-, kuvio- ja taulukkoluettelo

Kuvio 1. Tosi humalassa vähintään kerran kuukaudessa (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].).....	46
Kuvio 2. Kokeillut laittomia huumeita ainakin kerran (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].)	47
Kuvio 3. Läheisen alkoholinkäyttö aiheuttanut ongelmia (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].).....	48
Kuvio 4. Päivittäin tupakoivat nuoret (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].).....	49
Kuvio 5. Päivittäin nuuskaavat nuoret (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].)	50
Kuvio 6. Pelaa rahapelejä viikoittain (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].).....	51
Kuvio 7. Päivittäin tupakoivien osuus (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].).....	52
Kuvio 8. Alkoholista liikaa käyttävien osuus (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].)	53
Kuvio 9. Alkoholijuomien myynti asukasta kohti, 100%:n alkoholina (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].).....	54
Kuvio 10. Päihdeiden vuoksi sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosastolla hoidetut potilaat/1000 asukasta (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].).....	55
Kuvio 11. Päihdehuollon laitoksissa hoidossa olleet asiakkaat/1000 asukasta (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].)	56
Kuvio 12. Päihdehuollon asumispalveluissa asiakkaita/1000 asukasta (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].).....	57

Kuvio 13. Päihdehuollon avopalveluissa asiakkaita/1000 asukasta (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].).....	58
Kuvio 14. Päihdehuollon nettokustannukset, euroa/asukas (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].).....	59
Kuvio 15. Päihtyneiden säilöönnotot/1000 asukasta (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].)	60
Kuvio 16. Kokenut kohtalaista tai vaikeaa ahdistuneisuutta (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].).....	61
Kuvio 17. Kokenut koulu-uupumusta (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].).....	62
Kuvio 18. Ei yhtään läheistä ystävää (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].).....	63
Kuvio 19. Keskusteluvaikeuksia vanhempien kanssa (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].)	64
Kuvio 20. Koulukiusattuna vähintään kerran viikossa (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].)	65
Kuvio 21. Kokenut fyysistä uhkaa vuoden aikana (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].)	66
Kuvio 22. Koulutuksen ulkopuolelle jääneet 17–24-vuotiaat (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].).....	67
Kuvio 23. Lastensuojelun avohuollollisten tukitoimien piirissä 0–17-vuotiaita vuoden aikana, % vastaavan ikäisestä väestöstä (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].)	68
Kuvio 24. Huostassa vuoden aikana olleet 0–17-vuotiaat vastaavan ikäisestä väestöstä (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].)	69
Kuvio 25. Lapsiperheiden pienituloisuusaste (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].)	70

Kuvio 26. Työttömyys työvoimasta (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].).....	71
Kuvio 27. Pitkäaikaistyöttömät työttömistä (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].)	72
Kuvio 28. Vaikeasti työllistyvät 15–64-vuotiaista (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].)	72
Kuvio 29. Nuorisotyöttömät 18–24-vuotiaasta työvoimasta (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].).....	73
Kuvio 30. Toimeentulotukea saaneet henkilöt vuoden aikana, % asukkaista (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].)	74
Kuvio 31. Asunnottomat yksinäiset/1000 asukasta (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].)	75
Kuvio 32. Erikoissairaanhoidon avohoitokäynnit lastenpsykiatriassa/1000 0–12-vuotiaista (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].)	76
Kuvio 33. Erikoissairaanhoidon avohoitokäynnit nuorisopsykiatriassa/1000 13–17-vuotiasta (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].)	77
Kuvio 34. Perusterveydenhuollon mielenterveyskäynnit yhteensä/1000 asukasta (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].)	78
Kuvio 35. Aikuisten mielenterveyden avohoitokäynnit/1000 yli 18-vuotiaasta väestöstä (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].)	79
Kuvio 36. Erikoissairaanhoidon avohoitokäynnit psykiatriassa/1000 yli 18-vuotiaasta väestöstä (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].).....	80
Kuvio 37. Psykiatrian erikoisalojen avohoitokäynnit/1000 asukasta (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].).....	81
Kuvio 38. Psykiatrian laitoshoidon hoitopäivät/1000 asukasta (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].).....	82

Kuvio 39. Psykiatrisen laitoshoidon hoitojaksot/1000 asukasta (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].).....	83
Kuvio 40. Erityiskorvattaviin lääkkeisiin psykoosin vuoksi oikeutettuja, % väestöstä (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].)	84
Kuvio 41. Itsemurhakuolleisuus/100 000 asukasta (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].)	85
Kuvio 42. Nuorten tekemät itsemurhat koko maassa (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].)	86
Kuvio 43. Poliisin tietoon tulleet henkeen ja terveyteen kohdistuneet rikokset/1000 asukasta (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].)	87
Kuvio 44. Pahoinpitelyrikokset Seinäjoella (Seinäjoen poliisin tilastot 2016.).	88
Kuvio 45. Henkirikokset ja niiden yritykset Seinäjoella (Seinäjoen poliisin tilastot 2016.).....	89
Kuvio 46. Huumausainerikokset Seinäjoella (Seinäjoen poliisin tilastot 2016.).	90
Kuvio 47. Poliisin tietoon tulleet rattijuopumustapaukset/1000 asukasta (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].).....	91
Kuvio 48. Rattijuopumukset Seinäjoella (Seinäjoen poliisin tilastot 2016.).	92
Kuvio 49. Seksuaalirikokset Seinäjoella (Seinäjoen poliisin tilastot 2016.).	93
Kuvio 50. Kotihälytystehtävät Seinäjoella (Seinäjoen poliisin tilastot 2016.).	94

1 JOHDANTO

Tämä opinnäytetyötutkimus on tehty yhteistyössä Seinäjoen kaupungin terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen yksikön kanssa. Terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen yksikön tavoitteena on vastata väestön terveyden lisäämisestä, sairauksien ehkäisystä ja väestöryhmien terveyserojen kaventamisesta monialaisella yhteistyöllä (Terveyden edistämisen ohjelma 2013–2015. [viitattu 6.10.2017]). Opinnäytetyötutkimuksen tarkoituksena on selvittää, miten Seinäjoen asukkaiden mielenterveys ja sosiaaliset ongelmat, kuten päihteiden käyttö, pelaaminen ja rikollisuus ovat muuttuneet vuosina 2009–2016 ja miten Seinäjoen tilanne eroaa Etelä-Pohjanmaan ja koko Suomen tilanteesta. Tutkimus on osa uudistuvaa ehkäisevää mielenterveys- ja päihdestrategiaa.

Opinnäytetyön teoriaosuudessa käsitellään tutkimuksessa esille tulleita ilmiöitä. Teoriaosuus koostuu tiivistetysti sosiaalisten ongelmien ja mielenterveyden ympärille. Sosiaaliset ongelmat kattavat opinnäytetyössä syrjäytymisen, päihteet ja päihteiden käytön, ongelmapelaamisen sekä rikollisuuden. Sosiaaliset ongelmat ovat osa modernia yhteiskuntaa ja ne koskettavat kaikkia ihmisiä jollain tavalla, sillä ne perustuvat kokemuksista tehtyihin johtopäätöksiin (Gusfield 2003,7).

Opinnäytetyön teoriaosuus koostuu viidestä kappaleesta. Ensimmäisessä teoria-luvussa käsitellään osallisuutta ja syrjäytymistä. Kerron osallisuuden merkityksestä ja syrjäytymisen ehkäisemisen keinoista. Kerron lyhyesti myös syrjäytymiseen liittyvistä ilmiöistä, kuten huono-osaisuudesta, asunnottomuudesta, rikollisuudesta ja leimautumisesta. Toisessa teorialuvussa käsittelen mielenterveyttä ja mielenterveyshäiriöitä. Määrittelen mielenterveyden ja kerron mielenterveyteen vaikuttavista tekijöistä. Lisäksi kerron mielenterveyshäiriöiden yleisyydestä ja yleisimmistä mielenterveyshäiriöistä, joita ovat ahdistuneisuushäiriöt, mielialahäiriöt, persoonallisuushäiriöt sekä skitsofrenia ja muut psykoosit. Lopuksi kerron, miten mielen-terveyttä voi vahvistaa ja tukea. Kolmas teorialuku koostuu päihteiden käytöstä ja sitä ennakoivista tekijöistä. Tässä kappaleessa esittelen yleisimmät päihteet ja niiden käyttötavat sekä kerron miten päihteet vaikuttavat hyvinvointiimme ja kuinka päih-teettömyyttä voisi tukea. Seuraava luku kertoo mielenterveyden yhteydestä päih-tei-

siin ja muihin sosiaalisiin ongelmiin. Kerron kaksoisdiagnoosista, ongelmapelaamisesta, riippuvuuksista ja siitä, miten mielenterveysongelmat liittyvät syrjäytymiseen. Viimeisessä teorialuvussa kuvaan mielenterveys- ja päihdepalvelujen palvelujärjestelmää ja niiden kehittämistä.

Aihe on mielestäni todella mielenkiintoinen ja tärkeä, sillä mielenterveysongelmat ja päihteiden käyttö ovat suomalaisille yleisiä ongelmia. Oman kokemukseni mukaan suomalaiset ovat myös paljon yksilökeskeisempiä kuin monen muun Euroopan maan asukkaat. Esimerkiksi Italiassa ja Espanjassa perheet ja yhteisöt ovat tärkeitä ja ihmiset kokoontuvat yhteen esimerkiksi ruoan äärelle. Kyseisissä maissa perheeksi määritellään usein myös isovanhemmat, kun taas Suomessa perheellä tarkoitetaan usein vain ydinperhettä, eli vanhempia ja lapsia. Mielestäni yksilökeskeinen kulttuurimme heikentää mielenterveyttämme ja lisää päihteiden käyttöä sekä yksinäisyyttä. Yksilökeskeisyys luo paineita pärjätä yksin, mikä vaikeuttaa avun pyytämistä silloin, kun se olisi tarpeen.

Ihmisten kokonaisvaltainen hyvinvointi on minulle tärkeää ja haluan olla mukana edistämässä suomalaisten hyvinvointia. Mielenterveys on mielestäni yksi tärkeimmistä tekijöistä hyvinvoinnista puhuttaessa. Se on laaja käsite, joka linkittyy moniin muihin sosiaalisiin ja terveydellisiin ongelmiin, kuten riippuvuuksiin ja fyysiseen terveyteen.

2 LÄHTÖKOHDAT TUTKIMUKSELLE JA OPINNÄYTETYÖLLE

Tässä luvussa esittelen tämän tutkimuksen ja opinnäytetyön lähtökohdat. Kerron, miten olen valinnut aiheen ja miksi. Tutkimus toimii Seinäjoen ehkäisevän mielen-terveys- ja päihdestrategian nykytilan kartoituksena, mistä syystä esittelen hieman myös mielenterveys- ja päihdestrategiaa sekä sen tarkoitusta ja tavoitteita. Kerron myös tämän tutkimuksen tavoitteet ja asettamani tutkimuskysymykset, joihin pyrin tässä opinnäytetyötutkimuksessa vastaamaan.

2.1 Aiheen valinta ja perustelut

Opinnäytetyöni otsikko on ”Sosiaaliset ongelmat ja mielenterveyden häiriöt – Kat-saus Seinäjoen asukkaiden tilanteeseen.” Aiheen opinnäytetyöhöni sain tehdessäni sosionomiopintoihin kuuluvaa Toiminnan organisoimisen, johtamisen ja kehittämi-sen menetelmät -opintokokonaisuutta ja siihen liittyvää työharjoittelua Seinäjoen kaupungin terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen yksikössä. Terveyden ja hyvin-voinnin edistämisen koordinaattori, Ulla Frantti-Malinen, pyysi minua tuottamaan selvityksen Seinäjoen asukkaiden mielenterveyden ja päihteiden käytön nykytilasta ja sen muutoksista vuosina 2009-2016. Tämä nykytilan kartoitus on osa uutta mie-lenterveys- ja päihdetyön strategiaa, jonka valmistelut ovat paraikaa meneillään ja jonka tarkoitus on valmistua vuoden 2017 aikana. Nykytilan selvityksessä verrataan Seinäjoen tilannetta Etelä-Pohjanmaahan ja koko Suomen tilanteeseen. Tarkoituk-sena on selvittää, mihin suuntaan asukkaiden mielenterveys sekä päihteiden käyttö ja näiden mukanaan tuomat haitat ovat kehittyneet vuosina 2009-2015, sekä miltä tilanne näyttää Etelä-Pohjanmaalla ja koko maassa.

Aihe on erittäin ajankohtainen, sillä tekemäni selvityksen pohjalta Seinäjoen kau-pungin monialainen mielenterveys- ja päihdestrategiaa valmisteleva työryhmä laatii uuden mielenterveys- ja päihdetyön strategian vuosille 2017–2020. Uusi mielenter-veys- ja päihdestrategia kulkee nimellä Tyytyväisten ihmisten kylä ja sen tavoitteena on vaalia yhteisöllisyyttä, osallisuutta, turvallisuutta ja tyytyväisyyttä omaan elä-mään. Tavoitteena on turvata toimeentuloa tukemalla työllisyyttä ja opiskelua, mah-

dollistaa hyvä asuminen ja liikkuminen sekä kannustaa liikuntaan. Lisäksi tavoitteena on ehkäistä syrjäytymistä sekä hyödyntää luonnon ja kulttuurin monimuotoisuutta. (Frantti-Malinen 2017.)

Seinäjoen mielenterveys- ja päihdestrategia on tärkeä uudistaa, sillä edellinen strategia on tehty vuosille 2009-2013. Jokaisen kunnan tehtävänä on terveydenhuoltolain (L 30.12.2010/1326) mukaan vaalia asukkaidensa terveyttä ja hyvinvointia sekä järjestää palvelut siten ja siinä laajuudessa, että ne vastaavat kunnissa esiintyvää tarvetta. Mielenterveys- ja päihdestrategia on suunnitelma siitä, miten edistetään mielenterveyttä sekä ehkäistään ja vähennetään päihdehaittoja, jotta kuntalaiset voisivat mahdollisimman hyvin ja tavoittaisivat tarvitsemansa palvelut helposti. Suunnitelmaan kirjataan tavoitteet, jotka halutaan saavuttaa ja se, mitä tehdään, jotta tavoitteisiin päästään. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013.)

Mielenterveys- ja päihdestrategia antaa jokaiselle sosiaali- ja terveysalalla työskentelevälle ammattilaiselle lähtökohdat ja tavoitteet työllensä. On tärkeää, että alan ammattilaiset puhaltavat yhteen hiileen ja että heillä on samanlaiset päämäärät, sillä asiakkaat ovat usein samoja henkilöitä. Tämä koskettaa laajasti myös sosionomeja ja heidän työkenttäänsä.

2.2 Tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyöni tavoitteena on selvittää Seinäjoen asukkaiden sosiaalisten ongelmien ilmenemistä ja niiden kehittymistä viimeisten vuosien aikana, sekä verrata niitä Etelä-Pohjanmaahan ja koko Suomeen. Tässä tutkimuksessa sosiaalisilla ongelmilla tarkoitetaan päihteiden käyttöä, pelaamista ja rikollista käyttäytymistä. Tutkimuksen toinen tavoite on selvittää, millainen on Seinäjoen asukkaiden psyykinen vointi ja miten se eroaa Etelä-Pohjanmaasta ja muusta Suomesta. Tutkimuksen aineiston keräsin sotkanetin tilastoista sekä poliisin tilastoista. Tutkimukseni perustuu siis jo tutkittuun tietoon, jonka kokosin yhteen analysoitavaksi. Tutkimuksessa pyrin löytämään vastaukset kysymyksiin:

1. Ovatko Seinäjoen asukkaiden sosiaaliset ongelmat lisääntyneet, vähentyneet vai pysyneet samalla tasolla viimeisten seitsemän vuoden aikana?

2. Onko Seinäjoen asukkaiden mielenterveys parantunut, heikentynyt vai pysynyt samalla tasolla viimeisten seitsemän vuoden aikana?
3. Millainen Seinäjoen tilanne on edellä mainittujen asioiden osalta verrattuna muuhun Etelä-Pohjanmaahan ja koko Suomeen?

3 OSALLISUUDESTA JA SYRJÄYTYMISESTÄ

Tässä luvussa kerron osallisuuden käsitteestä ja osallisuuden merkityksestä yksilön kannalta. Kerron myös syrjäytymisestä ja siitä, miten syrjäytymistä voidaan ennaltaehkäistä ja kuinka tärkeää varhainen puuttuminen on. Kerron myös syrjäytymiseen vahvasti liittyvistä ilmiöistä ja sosiaalisista ongelmista, kuten asunnottomuudesta, rikollisuudesta ja leimaantumisesta.

3.1 Osallisuuden merkitys

Osallisuuden käsitteen määrittelytavasta ei olla täysin yksimielisiä. Se on monitahoinen käsite, joka jättää tilaa monenlaiselle toiminnalle ja toimenpiteille. Osallisuutta voidaan pitää eräänlaisena kattomääritelmänä, jonka alle mahtuu erilaisia lähestymistapoja ja näkökulmia käsitteeseen. 2010-luvun politiikka- ja hyvinvointiohjelmissa osallisuuden käsite määrittyy samanaikaisesti sekä tavoitteeksi että keinoksi lisätä ja edistää yhteiskunnan tasa-arvoa ja sosiaalista koheesiota eli yhteenkuuluvuutta. Oletuksena on, että lisäämällä osallisuutta yksilön hyvinvointi lisääntyy, mistä seuraa sosiaalisen kestävyuden, eheyden sekä luottamuksen lisääntyminen yhteiskunnassa. Osallisuuden edistäminen on asetettu sekä Suomen hallituksen, että Euroopan Unionin tavoitteisiin. (Raivio & Karjalainen 2013, 12.)

Osallisuus -käsitteen määrittelyssä ongelmallista on Raivion ja Karjalaisen (2013, 14.) mukaan sen kokemuksellinen luonne. Osallisuus ja osattomuus ovat pääasiassa yksilöllisesti koettuja tunteita tai kokemuksia, joita eivät voi muut ihmiset toisten puolesta määrittää. Tätä näkemystä tukee myös Pohjolan (2015 22) ajatus osallisuudesta. Hän kertoo osallisuuden olevan yhteisöllisesti tuotettua mutta yksilöllisesti koettua ja se realisoituu yhteisöllisessä toiminnassa monin eri tavoin. Osallisuus voi merkitä eri ihmisille eri asioita, mutta se kuvaa ennen kaikkea ihmisen mahdollisuuksia olla mukana, kuulua johonkin ja vaikuttaa itselle tärkeisiin asioihin. Yhteisöt osaltaan mahdollistavat osallisuutta sosiaalisella toiminnalla ja osallistuvalla kansalaisuudella (Nylund 2005, 145). Raivio ja Karjalainen ovat sitä mieltä, että ko-

kemus omasta osallisuudesta syntyy muun muassa valinnan vapaudesta ja vaikutusmahdollisuuksista sekä tiedon saannista. Osallisuus on samalla tunne tai kokemus ja toisaalta toimintakykyä ja toimintamahdollisuutta.

Osallisuus on yksi keskeinen tekijä yksilön hyvinvoinnin kannalta, vaikka kausaalisia yhteyksiä osallisuuden ja hyvinvoinnin välille onkin vaikea esittää (Raivio & Karjalainen 2013, 19). Kirjoittajien mukaan ollaan yksimielisiä siitä, että osallisuus ja sosiaaliset verkostot toimivat suojaavina tekijöinä syrjäytymistä, hyvinvointivajeita ja disorganisaatioilmiöitä, kuten rikollisuutta ja huumeiden käyttöä vastaan. Osallisuuden liittyy yksilöiden ja yhteisöjen välistä vastavuoroisuutta ja altruismia eli pyyteetöntä lähimmäisenrakkautta sekä normien hyväksymistä. Tämä edellyttää kuitenkin luottamusta toisia ihmisiä ja yhteiskuntaa kohtaan sekä yhteiskunnan instituutioiden toimivuutta ja kehittyneisyyttä.

3.2 Varhainen puuttuminen ehkäisee syrjäytymistä

Syrjäytyminen on suomalaisen yhteiskunnan keskeinen ongelma ja sisäisen turvallisuuden uhka. Sanotaan, että syrjäytyminen alkaa jo kohdussa. Äidin heikko sosiaalinen asema ennustaa jo syntymättömälle lapselle syrjäytymisriskiä. Huoli syrjäytymisestä on yhteinen, ja se on keskeinen puheenaihe niin politiikassa, mediassa kuin asiantuntijoiden ja arkielämän puheissa. Erityisesti lasten ja nuorten syrjäytymisriski aiheuttaa huolta muun muassa sosiaalialan asiantuntijoiden keskuudessa. Laskelmien mukaan yksi syrjäytynyt maksaa yhteiskunnalle miljoona euroa. (Sandberg 2015, 1.)

Syrjäytymisellä tarkoitetaan arkikielessä jonkin ulkopuolelle tai reunalle joutumista. Yhteiskuntapolitiikassa tämä ”jokin” tarkoittaa yhteiskuntaa ja erityisesti sen instituutioita. Syrjäytyminen merkitsee yksilön ja yhteiskunnan instituutioiden siteiden heikkenemistä. Tämä näkemys korostaa syrjäytymisen prosessinomaista muotoa, jossa painopiste on jatkuvasti siirtynyt erilaisiin yhteiskunnallisiin välitiloihin. Näissä välitiloissa yksilön ja yhteiskunnan siteet muodostavat erilaisia ongelmallisia ketjuja tekijöiden, ilmiöiden ja elämisen alueilla. (Sandberg 2015, 2.)

Syrjäytymisvaarassa olevien lasten ja nuorten sekä lapsiperheiden tunnistaminen on äärimmäisen tärkeää ja mitä varhaisemmassa vaiheessa se tapahtuu, sen parempi. Suomessa on alettu kehittää varhaisen puuttumisen menetelmiä ja mahdollisuuksia 1990-luvun lopulla Stakesissa, eli Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksessa. Kimmokkeena dialogiseen malliin toimi ammattilaisten kokemus epävarmuus muun muassa puuttumisen ajoituksesta ja erilaisten toimintatapojen sopivuudesta. Samoihin aikoihin kansainvälisessä lapsi- ja nuorisopolitiikassa alkoi yleistyä käsite *early intervention*, joka rantautui nopeasti myös Suomen sosiaalipoliittiseen päätöksentekoon. Keskeistä tässä uusliberaalissa varhaisen puuttumisen ideologiassa on riskien varhainen tunnistaminen ja ratkaiseminen yksilötasolla. Näkyvillä on myös lasten aktiivisen osallisuuden merkityksen tunnistaminen. Nykyisin vallalla oleva varhaisen puuttumisen toimintaperiaate on sekoitus molempia toimintamalleja, korostaen kuitenkin kansainvälistä riskisävytteistä ajattelua. (Kallio, Stenvall, Bäcklund & Häkli 2013, 71–72.)

Keskeisin varhaisen puuttumisen toimintaperiaate on paikantaa yksilö huolen kohteeksi ja reagoida nopeasti hänen ongelmiinsa. Lähtökohtana käytännön työlle toimii ammattilaisten herkkyyys havaita aluillaan oleva ei-toivottu kehitys sekä puuttua siihen. Tällaista ei-toivottua kehitystä nimitetään usein syrjäytymiseksi, ja se voi ilmetä eri tavoin ja eri tasoilla sekä liittyä monenlaisiin asioihin ja vaatii joskus erilaisia toimenpiteitä. Varhaisen puuttumisen tarvetta arvioitaessa kiinnitetään pienten lasten tapauksissa huomiota kehitykseen, kun taas isompien lasten ja nuorten kohdalla havainnoidaan lisäksi käyttäytymistä. Jos arkiset tavat toimia eivät pysy vanhempien ja ammattilaisten odotuksien mukaisina, herää kysymys puuttumisen tarpeesta. (Kallio ym. 2013, 73.)

Myönteinen tunnistaminen varhaisen tuen muotona on Kallion (2013, 76-78.) mukaan onnistuessaan yksilöä kunnioittavaa, eikä erottele lapsia ja nuoria ”tukea tarvitseviin” ja ”muihin”. Myönteisen tunnistamisen ajatus on siinä, että jokainen ihminen kaipaa ja tarvitsee tunnistetuksi tulemistä ja tunnustuksen saamista. Sen mukaan yhteisöllinen elämä koostuu suhteista, jotka perustuvat keskinäiseen tunnistamiseen. Oikein tunnistetuksi tuleminen tuo itsekunnioitusta, itsearvostusta ja itsetuntoa, kun taas väärin tunnistettu kokee epäoikeudenmukaisuutta ja arvottomuutta. Onnistunut tunnistaminen on aina tilannekohtaista reagoimista, johon vaikuttavat

erilaiset identiteettirakenteet ja henkilökohtaiset ominaisuudet. Laajamittainen oikein tunnistaminen voi edistää yhteisöllistä kiinnittymistä ja aktiivista toimijuutta. Vaikutus korostuu erityisesti niillä lapsilla ja nuorilla, joilla sosiaalisen syrjäytymisen riski on suuri.

Syrjäytymisvaarassa olevia nuoria voidaan tunnistaa kahden keskeisen kriteerin avulla. Ensimmäinen kriteeri on huono-osaisuus, joka on kyetty määrittelemään hallinnollisesti ja todennettu tilastollisesti. Nuorten huono-osaisuuden mittareina voidaan käyttää tehtyjä rikoksia tai yhteisiasiakkuutta työvoima- ja sosiaalityössä. Toinen nuorten syrjäytymisvaarasta kertova kriteeri on päihteiden käytöstä ja laajemmin oman elämän hallinnasta kertova tieto. Suurimmassa syrjäytymisvaarassa pidetään niitä nuoria, joiden tieto- ja osaamisedellytykset eivät vastaa työmarkkinoiden vaatimuksia. (Juvonen 2005, 45–46.)

3.3 Syrjäytymiseen liittyviä ilmiöitä

Sosiaaliset ongelmat tarkoittavat sellaisia olosuhteita tai käyttäytymistä, jotka katsotaan haitallisiksi joko asianomaiselle itselleen tai muille ihmisille. Sosiaalisten ongelmien tulkintaa vahvistaa ajatus siitä, että asialle tulisi tehdä jotain. Sosiaaliset ongelmat ovat jatkuvassa liikkeessä ja muotoutuvat sen hetkisen yhteiskunnallisen ajanjakson mukaan. Monet asiat, joita ei aiemmin määritetty sosiaalisiksi ongelmiksi, ovat sellaisia nyt ja päinvastoin. (Jokinen, Juhila & Pösö 1995, 12.)

Saari (2015, 103-105) kuvaa syrjäytymistä prosessina, johon vaikuttavat monet toistuvat ja pitkäaikaiset tapahtumat niin yksilön kuin yhteiskunnan tasolla. Tällaisia syrjäytymiseen johtavia tapahtumia ovat muun muassa pitkäaikainen köyhyys ja huono-osaisuus. Yksilötasolla syrjäytymiseen voi johtaa joukko tapahtumia, jotka heikentävät yksilön resursseja ja toimintakykyä. Tällaisia ovat esimerkiksi vanhempien mielenterveys- tai päihdeongelma, huostaanotto, työttömyys tai asunnottomuus. Edellä mainittujen kaltaisten negatiivisesti vaikuttavien tapahtumien kasaantuminen vaikuttaa merkittävästi ihmisen terveyteen ja hyvinvointiin. Yhteiskuntatasolla syrjäytymisprosessi etenee sellaisten toistuvien ja kasautuvien tapahtumien myötä, jotka aiheuttavat muutoksia väestöryhmien asemassa. Syrjäytyminen tapah-

tuu itseasiassa myönteisten siirtymien seurauksena, kuten koulutuksessa tai työelämässä etenemisestä sivuun jäämisenä. Tämä tarkoittaa suhteellisen aseman heikkenemistä, vaikka absoluuttinen asema pysyy ennallaan. Kyseessä on tapahtuma, jossa toisten asema, hyvinvointi ja terveys paranevat, kun taas toisten tilanne pysyy muuttumattomana.

Saari (2015, 14–15) toteaa huono-osaisuuden merkitsevän erityisesti eriarvoisuutta ja köyhyyttä. Huono-osaisten elintaso koostuu lähinnä perusturvaan kuuluvien tukien, kuten asumis- ja toimeentulotuen sekä erityispalvelujen, kuten mielenterveys-, päihde- ja asumispalvelujen käytöstä. Huono-osaisten elämänlaatua ja -tapaa varjostavat monet eri syistä johtuvat vaikeudet. Kaikkein osattomimpina yhteiskunnassamme voidaan Nousiaisen sanoin (2015, 93–94.) pitää pitkäaikaisasunnottomina eläneitä henkilöitä. Pitkäaikaisasunnottomat henkilöt ovat usein osattomia monilla eri tasoilla. He ovat köyhiä eivätkä välttämättä omista muuta, kun päällään ovat vaatteet. Lisäksi heidän yhteiskunnallinen toimintansa, kuten työnteko, on usein vähäistä tai olematonta, eivätkä he välttämättä saa edes kaikille kansalaisille kuuluvia hyvinvointipalveluja. Asunnottomuus merkitsee Saaren (2015, 22–23) tulkinnan mukaan myös juurettomuutta, jonka kodittomuus aiheuttaa. Huono-osaisten elämä jäsentyy viime kädessä juuri asumisen tai asunnottomuuden ympärille. Asunnon saaminen ja sen säilyttäminen ovat oleellisia tekijöitä elämän edellytyksiä luodessa.

Kulttuurillisen kuvan mukaisesti asunnottomien uskotaan olevan päihteiden käyttäjiä ja/tai mielenterveysongelmaisia, ja näiden ongelmien uskotaan olevan asunnottomuuden taustalla. Asunnottomuus on kuitenkin ilmiönä usein moniulotteisempi. Osa asunnottomista identifioi itsensä kulkurin positioon, jolla selittää omaa elämäntilannettaan. Kiinnittymisen puutetta kuvataan tottumisena liikkuvaan elämäntapaan ja se on kulttuurillisesti hyväksyttävämpää ja helpommin samaistuttavaa. (Nousiainen 2015, 90.)

Leimaavat identiteettikategoriat ja niihin liittyvät negatiiviset tunteet, kuten asunnottomuus, voivat olla musertavia ja kielteisistä uskomuksista eroon pääseminen voi olla hankalaa. Yhteiskunnassa vallitsee kulttuurillisia ja moraalisia odotuksia sen kansalaisia kohtaan ja leimaavuus syntyy näiden odotusten rikkomisesta. Odotusten rikkominen tuottaa ihmisissä syyllisyyttä ja häpeää, ja erityisesti häpeän tunne

vaurioittaa ihmistä ja vaikuttaa merkittävästi identiteetin rakentumiseen. (Nousiainen 2015, 94.)

Leimaantuminen tapahtuu sosiaalisissa vuorovaikutusprosesseissa, joissa yksilö tai yhteisö tulee nimetyksi poikkeavaksi ja sen seurauksena rakentaa omaa suhdettaan tuohon leimaan. Poikkeavan yksilölliset ominaisuudet tai sosiaaliset taustatekijät eivät niinkään ole merkittäviä tässä prosessissa. Sosiaaliset ryhmät luovat sääntöjä, jotka määrittelevät poikkeavan ja ei-poikkeavan välisiä rajoja. Ihmiset, joihin nämä säännöt eivät päde, leimataan ulkopuolisiksi. Leimaantuminen ei ole yksilön toiminnan piirre, vaan seurausta toisten ihmisten soveltamista säännöistä ja sanktioista. (Pösö 2002, 112.)

Rikollisuus määritellään yksinkertaisimmin sellaisiksi teoiksi, jotka ovat laissa määritellyt rikoksiksi. Rikoksia on monenlaisia. Perinteisiksi rikoksiksi määritellään esimerkiksi tahallinen väkivalta ja kuolemaan johtava väkivalta sekä monet omaisuuteen kohdistuvat rikokset kuten varkaudet, näpistykset ja vahingonteot. (Kivivuori 2008, 21.) Rikolliseen kierteeseen ajautuminen on usein monen asian summa. Eriarvoisuus ja vaille jääminen ovat olleet Granfeltin mukaan (2008, 20, 29) usein todellisuutta lähes koko elämän ajan vankiloissa asuvilla ihmisillä. Hänen mukaansa rikollisuuden kierre ja vankilaan joutuminen merkitsevät usein jo lapsuudessa alkaneen laitосkierteen päätepistettä. Nämä ihmiset ovat kokeneet usein keskimäärin enemmän laiminlyöntiä, hyljeksintää ja väkivaltaa jo lapsuuden ja nuoruuden aikana.

Pitkäaikaisasunnottomien, vaikeasti päihde- ja mielenterveysongelmaisten ja rikollista taustaa omaavien henkilöiden asumisyhteisöt saattavat olla erityisen haastavia myös sosiaalityön näkökulmasta, sillä ongelmakeskeiseen identiteettiin perustuva asuinyhteisö luo haasteita yksilöllisille eroille ja vahvuuksille. (Nousiainen 2015, 101.)

4 MIELENTERVEYS JA MIELENTERVEYSHÄIRIÖT

Tässä luvussa kuvaan mielenterveyden käsitettä, mitä sillä tarkoitetaan ja miten se ilmenee ihmisen elämässä. Kuvailen lyhyesti yleisimmät mielenterveyshäiriöt. Kerroon myös mitkä tekijät vaikuttavat mielenterveyteen ja mielenterveysongelmien syntymiseen. Mielenterveys on erottamaton osa terveyttä ja se vaihtelee elämän eri vaiheissa, elämäntilanteiden ja -tapahtumien myötä (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2009, 9.).

4.1 Mielenterveys on erottamaton osa terveyttä

Mielenterveys on monitahoinen käsite, ja sitä on määriteltä monella tavalla aikojen saatossa. Sigmund Freud määritteli mielenterveyden olevan tiivistetysti ”kykyä rakastaa ja tehdä työtä”. Mielenterveyden määrittely on aina ollut ongelmallista, sillä se on abstraktinen ja tajunnallinen ilmiö. Mielenterveydestä ei ole olemassa yhtä oikeaa määritelmää, vaan kuvaukset ovat vaihdelleet määrittäjän, ajan ja kulttuurin mukaan. Tavallisin nykypäivän määritelmä mielenterveydestä on sen näkeminen voimavarana sekä ihmisen ja ympäristön vuorovaikutukseen liittyvänä kehitysprosessina, jossa koettu psyykkinen hyvinvointi voi vaihdella elämäntilanteiden muuttuessa. (Saarelainen, Stengård & Vuori-Kemilä. 2000, 12–13.)

Hietaharju ja Nuuttila (2016, 9) ovat määritelleet mielenterveyden kykynä selviytyä päivittäisistä toiminnoista, kuten ihmissuhteista, työstä ja vapaa-ajasta, itsenäisesti niin, ettei ihminen itse eivätkä muut ihmiset kärsi. Mieleltään terveen ihmisen voidaan ajatella myös toimivan yhteiskunnan normien ja yleisesti hyväksytyjen mallien mukaisesti. Mielenterveys viittaa laajana ja positiivisena ilmaisuna hyvinvointiin ja henkiseen toimintakykyyn.

Edellä esitettyä näkemystä mielenterveydestä tukee myös Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (2009, 9) julkaiseman artikkelin kuvaus, jonka mukaan hyvä mielenterveys on voimavara, jonka avulla ihminen kykenee kokemaan elämänsä mielekkääksi, muodostamaan ja ylläpitämään sosiaalisia suhteita ja toimimaan yhteisön ja yhteiskunnan tuottavina ja luovina jäseninä. Mielenterveys on tärkeä osa terveyttä, eikä sitä voida erottaa terveyden käsitteestä. Mielenterveys muodostaa perustan

yksilön yleiselle hyvinvoinnille, elämänhallinnalle ja ympäristön tulkitsemiselle sekä siihen sopeutumiselle.

Mielenterveys ei ole pysyvä ominaisuus tai tila, vaan se vaihtelee elämän eri vaiheissa elämäntilanteiden ja -tapahtumien myötä. Mielenterveyden voimavarat kasvavat suotuisissa olosuhteissa, kun taas epäsuotuisissa olosuhteissa ne heikkenevät. Joskus mielenterveyden voimavarojen kuluminen on suurempaa kuin niiden uusiutuminen. Mielenterveys kuitenkin muovautuu läpi elämän persoonallisen kasvun ja kehityksen myötä, välillä heiketen ja välillä vahvistuen. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2009, 7.)

4.2 Mielenterveyteen vaikuttavia tekijöitä

Laitila (2010, 52) kuvaa mielenterveyttä tasapainotilana yksilön ja hänen ympäristönsä välillä. Mielenterveyteen vaikuttavat monet eri tekijät. Näitä ovat yksilölliset tekijät, kuten perimä, biologiset tekijät ja kokemukset, sosiaaliset ja vuorovaikutukselliset tekijät, yhteiskunnan rakenteelliset tekijät ja kulttuurilliset arvot (Laitila 2010, 52; Hietaharju & Nuuttila 2016, 9–10.). Perimä vaikuttaa mielenterveysongelmien syntyyn suurentuneena riskinä, jos toisella tai molemmilla vanhemmista on jokin psykiatrinen sairaus. Biologisilla tekijöillä tarkoitetaan esimerkiksi aivojen välittäjäaineissa ja niiden pitoisuuksissa tapahtuvien muutosten vaikutuksia keskushermoston toimintaan. Sosiaaliset ja vuorovaikutukselliset tekijät pitävät sisällään muun muassa perheen ja ystävien vaikutuksen ja varhaislapsuuden kasvuolosuhteet. Yhteiskunnan rakenteellisia tekijöitä ovat esimerkiksi koulutus- ja työmahdollisuudet. Kulttuurillisilla arvoilla tarkoitetaan lähinnä sitä, miten mielenterveyteen yleisesti suhtaudutaan ja miten ihmisen arvo muodostuu eri kulttuureissa. Kaikki nämä mielenterveyden osatekijät ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa keskenään, jonka seurauksena ne sekä synnyttävät uusia voimavaroja, että kuluttavat entisiä. (Hietaharju & Nuuttila 2016, 9–10.)

Erityisesti yhteiskunnalla on suuri vaikutus väestön mielenterveyteen. Yhteiskunnan rakenteet, taloudelliset resurssit ja yhteiskuntapoliittiset ratkaisut vaikuttavat ihmisten mielenterveyteen muun muassa työllisyys-, koulutus- ja asumistilanteen sekä sosiaali- ja terveystalouden saatavuuden ja laadun kautta. Myös Saarela ym.

(2000, 14) ovat tehneet saman huomion. Syrjäytyminen, päihteiden käyttö, sosiaalinen turvattomuus, heikko koulutustaso, työttömyys ja taloudellinen vähävaraisuus ovat ilmiöitä, jotka usein liittyvät enemmän tai vähemmän mielenterveysongelmiin. Yhteiskunnan lisäksi myös yhteisöjen arvoilla ja yksilöiden asenteilla on suuri merkitys mielenterveyteen. On tärkeä huomioida, miten mielenterveyden häiriöihin suhtaudutaan ja miten oikeudenmukaisuus, yhdenvertaisuus ja toisten ihmisten arvostus toteutuvat (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2009, 9.). Koko yhteiskuntapolitiikassa, asuinalueiden suunnittelusta ja rakentamisesta talouspolitiikkaan, on otettava huomioon mielenterveydelliset näkökulmat ja ennaltaehkäisy, jotta pystytään luomaan paremmat edellytykset mielenterveyden kehitykselle (Saarelainen ym. 2000, 14.).

4.3 Mielenterveysongelmien yleisyydestä ja yleisimmistä mielenterveyshäiriöistä

Mielenterveyden häiriöt ovat Lahden (2003. 90.) mukaan suurin kansansairaus Suomessa. Tilastojen mukaan maassamme on 400 000 masentunutta ihmistä ja vakava masennus on suurin työkyvyttömyyden aiheuttaja. Hietaharju ja Nuuttila (2016, 16, 98.) kertovat joka viidennen suomalaisen sairastuvan jossain elämänsä vaiheessa johonkin mielenterveyden häiriöön. Vuosittain väestöstä sairastuu noin 1,5 %. Suomalaisien yleisimpiä mielenterveyden häiriöitä ovat ahdistuneisuushäiriöt, mielialahäiriöt, persoonallisuushäiriöt, skitsofrenia ja muut psykoosit sekä päihderiippuvuus.

4.3.1 Ahdistuneisuushäiriöt ja niiden ilmeneminen

Ahdistuneisuuden tunteella tarkoitetaan levottomuutta, pelkoa, kauhua, paniikkia tai jännittyneisyyttä. Jokainen kokee varmasti jossain elämänsä vaiheessa lievää ahdistuneisuutta, mikä on täysin normaalia. Ahdistuneisuushäiriöstä on kyse silloin, kun ahdistuneisuus on pitkäkestoista ja voimakasta ja se rajoittaa psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä. Jostain ahdistuneisuushäiriöstä kärsii noin joka neljäs ihminen jossain elämänsä vaiheessa. Ahdistuneisuushäiriöihin luokitellaan yleistynyt

ahdistuneisuushäiriö, paniikkihäiriö, fobiat eli määräkohteiset pelot sekä pakko-oireinen häiriö. Tarkkoja syitä ahdistuneisuushäiriöiden syntymiselle ei tiedetä. Lisäksi eri ahdistusmuodoissa häiriön synty ja kulku ovat hieman erilaisia. Ahdistuneisuudesta kärsiville paniikkikohtaukset, sosiaalisten tilanteiden pelko tai alkoholin ongelmakäyttö ovat yleistä. Ahdistuneisuushäiriön on huomattu muuttuvan usein depressioksi eli masennukseksi. (Hietaharju & Nuuttila 2016, 32-33.)

4.3.2 Mielialahäiriöt ja niiden ilmeneminen

Mielialahäiriöt ovat yleisiä mielenterveyden häiriöitä ja niistä kärsii jossain elämänsä vaiheessa noin 15–20 % väestöstä. Lyhytaikainen masentunut mieliala on normaalia ja kuuluu ihmisen elämään hänen kohdatessaan pettymyksiä tai menetyksiä. Pidempään kestävä muutos mielialassa tai mielenvireessä on mielialahäiriöiden keskeisin oire. Mielialahäiriöihin luokitellaan depressio ja kaksisuuntainen mielialahäiriö.

Depressio on nykypäivänä varsin tavallinen suomalaisten kansansairaus (Lahti 2003. 96). Vakavasta depressiosta kärsii arviolta 5–6 % suomalaista ja sen arvelaan edelleen lisääntyvän. Depression tunnusmerkkeinä voidaan pitää energisyyden ja mielialan laskua, toimintakyvyn ja -tarmon vähenemistä sekä mielihyvän kokemisen tai tuntemisen vähenemistä. Perintötekijät voivat jossain määrin altistaa depressiolle, mutta ne muuttuvat merkityksellisiksi vasta ihmisen altistuessa stressaaville ja epäsuotuisille elämäntapahtumille. Masennuksen voi laukaista esimerkiksi stressi, univaje, työttömyys, ihmissuhdeongelmat, sairaudet, suru ja menetykset, loukkaantumiset ja ristiriitatilanteet sekä alkoholi ja muut päihteet. Joskus yhteiskunnan odotukset voivat tuntua liian raskailta ja toisinaan ihmisillä on itseään kohtaan liian suuret odotukset. Myös nämä tekijät voivat edistää depression syntymistä. Kielteisten elämänmuutosten lisäksi myös myönteiset elämänmuutokset voivat aiheuttaa masennusta. Tällöin puhutaan masentuneisuutena ilmenevästä sopeutumishäiriöstä. (Hietaharju & Nuuttila 2016, 39-41.)

Masennukselle voivat siis altistaa monet eri tekijät ja se voi olla lyhytkestoista tai jatkua pidempään. Masennuksella on sitä suurempi riski uusiutua, mitä useampi masennusjakso on takana. Depressio jaetaan oireiden perusteella joko lieväksi,

keskivaikeaksi tai vaikeaksi. Masennuksen alalajeina voidaan pitää epätyypillistä masennusta, kaamosmasennusta, dystymiaa eli pitkäaikaista lievää masennusta, syklotymiaa ja synnytyksen jälkeistä masennusta. (Hietaharju & Nuuttila 2016, 45.)

Hietaharju ja Nuuttila (2016, 45-46) kuvaavat epätyypillistä masennusta tilana, jossa oireet ovat tavalliseen masennukseen verrattuna vastakkaisia. Oireita ovat esimerkiksi liikaunisuus, kohonnut ruokahalu ja lihominen, voimakas painontunne jaloissa ja torjutuksi tulemisen pelko. Kaamosmasennus ilmenee pimeään vuodenaikaan, joka laskee mielialaa osalla ihmisistä. Mieliala korjaantuu tyypillisesti kesällä. Dystymia on pitkäaikainen lievä masennustila, jossa masentunut olotila kestää vähintään kahden vuoden ajan. Dystymiassa oireet ovat lievempiä kuin vakavassa masennuksessa, mutta siinä on suurempi todennäköisyys kokea vakavan masennuksen jaksoja. Dystymia alkaa usein nuoruudessa ja jatkuu koko elämän ajan. Tästä syystä se voi aiheuttaa pitkällä aikavälillä sosiaalisia ongelmia ja vaikeuksia, kuten työttömyyttä, syrjäytymistä ja jopa itsemurha-ajatuksia. Syklotymia on mielialan heilahteluhäiriö, jossa vuorottelevat ylienergisyys, hypomaanisuus ja lievät masennusjaksot. Syklotymia on kaksisuuntaisen mielialahäiriön lievempi muoto ja pitkäaikainen, samoin kuin dystymia. Synnytyksen jälkeinen masennus alkaa tavallisesti noin kuukausi synnytyksen jälkeen ja kestää noin kuudesta seitsemään kuukautta. Oireet ovat samankaltaisia kuin depressiossa ja siitä kärsii noin 10–20 % synnyttäneistä. Toipumisennuste synnytyksen jälkeisestä masennuksesta on yleensä hyvä, mutta riski sen uusiutumiselle on korkea.

Kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä on depressiovaiheita ja maniavaiheita, jotka vaihtelevat. Näiden vaiheiden välillä voi olla pidempiäkin tasaisia jaksoja. Depressiossa mieliala laskee normaalia alemmas, kun taas maniavaiheessa mieliala kohoaa normaalin yläpuolelle. Kaksisuuntaista mielialahäiriötä on olemassa kahden tyyppistä; tyyppi yksi ja tyyppi kaksi. Ykköstyypin sairaudessa esiintyy mania- ja masennusjaksoja tai sekamuotoisia jaksoja, kun taas kakkostyypin sairaudessa potilaalla on masennuksen lisäksi hypomaniajaksoja mutta ei maniaa. Hypomania tarkoittaa jatkuvaa tai epänormaalia kohonnutta mielialaa, joka kestää muutamasta päivästä muutamaan viikkoon. (Hietaharju ja Nuuttila 2016, 45-46.)

4.3.3 Persoonallisuushäiriöt

Persoonallisuushäiriöt ilmenevät pitkäaikaisina ja joustamattomina ja ajatus- ja käyttäytymismalleina. Ne aiheuttavat usein henkilökohtaista kärsimystä ja ongelmia sosiaalisissa suhteissa. Persoonallisuushäiriöt kehittyvät yleensä lapsuudessa, nuoruudessa tai viimeistään varhaisaikuisuudessa. Raja normaalin käytöksen ja persoonallisuushäiriön välillä on liukuva. Monilla psyykkisesti terveillä ihmisillä ilmenee eteenkin stressitilanteissa eri persoonallisuushäiriöille ominaisia käyttäytymisen tapoja, mutta ei kuitenkaan yhtä jäykästi ja itsepäisesti kuin persoonallisuushäiriöissä. Persoonallisuushäiriöt ovat melko yleisiä, noin 5-15 % aikuisista kärsii erilaisista persoonallisuushäiriöistä. Persoonallisuushäiriöiden syntyyn vaikuttaa muun muassa perinnölliset ja sikiöaikaiset tekijät, lapsuuden negatiiviset kokemukset ja traumat sekä vanhempien käytökseen samaistuminen. (Huttunen 2016a.)

Hietaharju ja Nuuttila (2016, 65–67) mukaan persoonallisuushäiriöitä on yksitoista erilaista ja ne jaetaan kolmeen ryhmään. Ensimmäiseen ryhmään kuuluvat eristäytyvä, paranoidinen ja psykoosipiirteinen persoonallisuus. Toiseen ryhmään kuuluvat huomionhakuinen, asosiaalinen, narsistinen ja epävakaa persoonallisuus. Kolmannen ryhmään taas kuuluvat estynyt riippuva, vaativa ja passiivis-vihamielinen persoonallisuus.

4.3.4 Skitsofrenia ja muut psykoosit

Skitsofrenia on vakava psykiatrinen sairaus ja se alkaa usein nuorella aikuisiällä. Se on psykooseiksi luokitelluista sairauksista yleisin ja siihen sairastuu noin 1 % ihmisistä. Sairaudelle tyypillisiä oireita ovat harhaluulot, aistiharhat, hajanainen puhe, pahasti hajanainen tai outo käytös tai selvämotorinen jäykkyys tai kiihtyneisyys ja puutosoireet, kuten tunneilmaisujen selvä latistuminen, puheen selvä köyhtyminen tai tahdottomuus. Skitsofrenian diagnoosi edellyttää ainakin kahden edellä mainitun oireen esiintyvyyden vähintään kuukauden ajan. (Huttunen 2016b.) Skitsofrenia puhkeaa usein sisäisen tai ulkoisen stressin seurauksena ja alttius sairastua voi olla perinnöllistä, varhaiskehityksen aikana syntynyttä tai näiden kahden yhdistelmä (Hietaharju & Nuuttila 2016, 80).

Psykoosi on mielenterveysongelma, jossa todellisuudentaju on oleellisesti heikentynyt. Häiriöitä voi esiintyä myös havainnoinnissa, ajattelussa sekä käsityksestä itsestä ja maailmasta. Psykooseja on erilaisia ja ne ovat suhteellisen yleisiä, noin kaksi tai kolme sadasta nuoresta sairastuu jonkinlaiseen psykoosiin. Psykoosi voi olla kestoaltaan lyhytkestoinen tai pitkään jatkuva. Lyhytkestoisesta eli reaktiivisesta psykoosin voi laukaista muun muassa järkytys, traumaattinen kokemus, elimellinen sairaus tai päihteiden käyttö. Psykoottisessa vaiheessa ihmisen käyttäytyminen ja tunne-elämä muuttuvat ja hänestä voi tulla joko apaattinen tai todella energinen. Myös tunnekokemukset aaltoilevat laidasta laitaan. (Hietaharju & Nuuttila 2016, 77–78.)

4.4 Mielenterveyden vahvistaminen ja tukeminen

Mielenterveyttä suojaavat tekijät voidaan jakaa sisäisiin ja ulkoisiin tekijöihin. Suojaavat tekijät voivat olla itsessään suojaavia, kompensoida tai vähentää riskien vaikutusta, korjata riskeille altistumista tai lisätä selviytymiskykyä ja sopeutumiskykyä. Mielenterveysongelmien riskit vähenevät, mitä enemmän ihmisellä on suojaavia tekijöitä.

Sisäisiä suojaavia tekijöitä ovat muun muassa hyvä terveys, myönteiset varhaiset ihmissuhteet, riittävän hyvä itsetunto, vuorovaikutustaidot, ongelmanratkaisutaidot, oppimiskyky, huumori ja mahdollisuus toteuttaa itseään. Ulkoisia suojaavia tekijöitä taas ovat esimerkiksi työ ja toimeentulo, turvallinen elinympäristö, ruoka ja suoja, sosiaalinen tuki, myönteiset mallit, kuulluksi tuleminen ja vaikuttamisen mahdollisuudet sekä suvaitsevaisuus. (Hietaharju & Nuuttila 2016, 11.)

Mielenterveyttä haavoittavat tekijät sen sijaan heikentävät yksilön hyvinvointia ja terveyttä ja lisäävät riskiä sairastua. Riski moninkertaistuu, jos haavoittavia tekijöitä on monta. Myös haavoittavat tekijät voidaan jakaa sisäisiin ja ulkoisiin tekijöihin. Sisäisiä haavoittavia tekijöitä ovat muun muassa sairaudet, itsetunnon haavoittuvuus, huonot ihmissuhteet, avuttomuuden tunne ja huono sosiaalinen asema. Ulkoisia haavoittavia tekijöitä taas ovat esimerkiksi kodittomuus, erot ja menetykset ihmissuhteissa, hyväksikäyttö ja väkivalta, työttömyys ja sen uhka, päihteiden käyttö ja mielenterveysongelmat perheessä. (Hietaharju & Nuuttila 2016, 12.)

Ihmisen olisi hyvä pyrkiä tietoisesti lisäämään mielenterveyttään vahvistavia ja suojaavia tekijöitä ja välttämään haavoittavia tekijöitä. Arjen rytmistä kiinni pitäminen, riittävä lepo sekä terveellinen ja monipuolinen ruoka lisäävät hyvää oloa. Lisäksi olisi tärkeää liikkua itselle mieluisalla tavalla, tehdä mielihyvää tuottavia asioita ja oppia rentoutumaan. Yhteydenpito ystäviin ja läheisiin ja avun pyytäminen tarvittaessa ovat myös mielenterveyden kannalta tärkeitä asioita. Yleisestikin kiinnostus elämään ja toivon ylläpitäminen auttavat mielenterveyden tukemisessa. (Hietaharju & Nuuttila 2016, 12.)

Yhteiskunnallisesti kannattavaa ja viisasta on Lahden (2003. 116-117.) mukaan tukea ihmisen terveyttä eikä hoitaa häntä vasta sitten, kun sairaus ilmenee. Merkityksellistä ei ole se, kuka on terve ja kuka on hullu vaan se, miten me nämä asiat miellämme ja miten läheisiksi ne koemme tai missä määrin ne hyväksymme. Mielenterveysongelmat, päihdeongelmat, työttömyys tai jokin muu elämän kriisi koskettavat jollain tavalla lähes jokaista suomalaista jossain elämän vaiheessa. Näihin kriiseihin suhtautuminen kuvastaa tunnemaailmaamme, tietojamme ja käyttäytymistämme.

5 PÄIhteiden KÄYTTÖ JA SITÄ ENNAKOIVAT TEKIJÄT

Tässä luvussa käsittelen yleisimpiä päihteitä ja niiden käyttötapoja sekä käytön yleisyyttä. Yleisimpiä päihteitä ovat alkoholi ja tupakka, mutta myös kannabiksen käyttö on lisääntynyt viimeisten vuosien aikana.

5.1 Päihteet ja niiden käyttötavat

Saarela ym. (2000, 38) kuvaavat päihteitä luonnontuotteina tai kemiallisina aineina tai yhdisteinä, joiden käytöllä haetaan päihtymistä, piristystä tai huumaaavuutta. Hietaharju ja Nuuttila (2016, 208) kertovat päihteiden aiheuttavan väliaikaisia muutoksia ihmisen käytökseen, mielialaan, havainnointiin ja tietoisuuteen. He jakavat päihteet laillisiin, laittomiin ja muihin aineisiin. Laillisia päihteitä kutsutaan sosiaalisiksi päihteiksi ja näitä ovat alkoholi, tupakka, kahvi, tee ja energiajuomat. Alkoholi ja tupakkatuotteiden käytön laillinen ikäraja on 18 vuotta. Energiajuomille ei ole laillista ikärajaa, mutta THL (6.6.2016.) suosittelee vähittäiskauppoja rajoittamaan myynnin yli 15-vuotiaille. Laittomia päihteitä ovat kannabistuotteet eli marihuana ja hasis, opiaatit eli heroini, psykostimulantit eli kokaiini ja amfetamiini, hallusinogeenit eli fensyklidi ja LSD ja erilaiset synteettiset päihteet kuten hydroksivoihappo ja gam-mabutyrolaktoni. Muita päihteitä ovat esimerkiksi erilaiset liuottimet, kaasut ja myrk-kysienet.

Moni nuori kokee ensimmäisen humalansa jo yläkouluiässä huolimatta siitä, että laki kieltää alaikäisten alkoholin ostamisen. Mitä aikaisemmin nuori aloittaa päihdeko-keilunsa, sitä suurempi riski on päihdeongelman kehittymiselle myöhemmällä iällä. Varhain aloitettu alkoholin käyttö ja tupakointi ovat portteja kovempien huumeiden käytölle, joka useimmiten tapahtuu humalassa pilveä polttamalla. (Hietala ym. 2010, 110.)

5.1.1 Alkoholi ja sen käytön vaikutukset

Alkoholi on useimmissa maissa yleisin aikuisväestölle hyväksytty päihde. Alkoholin käyttö on suurimmalla osalla suomalaisista kohtuullista ja sen ajatellaan olevan

keino rentoutua ja viettää vapaa-aikaa. Alkoholinkäyttö on arkipäiväistynyt Suomessa ja siitä kieltäytymistä pidetään usein poikkeavana. Alkoholinkäyttö ei kuitenkaan jakaudu tasaisesti, vaan osa on alkoholin suurkuluttajia ja ongelmakäyttäjiä. Alkoholin välitön vaikutus on humalatila, joka näkyy muun muassa reaktiokyvyn ja toimintojen koordinoinnin vaikeutumisena, sammaltavana ja äänekkäänä puheena ja kömpelönä liikkumisena. Veren alkoholipitoisuuden noustessa yli kahden promillen, tajunta alkaa hämärtyä ja ihmistä alkaa unettaa. Jos alkoholipitoisuus nousee yli neljän promillen, normaalikäyttäjää uhkaa alkoholimyrkytys. Suurkuluttajilla alkoholin sietokyky kasvaa ja alkoholimyrkytyksen promilleraja nousee. Alaikäiselle alkoholinkäyttö on aina riski, sillä alaikäisen maksa ei vielä toimi samalla tavalla kuin aikuisen. Jo viisi annosta alkoholia saattaa aiheuttaa pysyviä vaurioita alaikäisen aivoihin. Lisäksi varhain aloitettu päihteidenkäyttö tuhoaa aivojen mielihyvakeskuksen, mikä altistaa yhä runsaammalle päihteidenkäytölle, mielenterveyden häiriöille sekä syrjäytymiselle. (Hietaharju & Nuuttila 2016, 208–209 ja 211–212.)

Alkoholi kuuluu suurelta osin suomalaiseen kulttuuriin. Alkoholia käytetään irroteltaessa, mutta myös kriisi- ja surutilanteissa. Alkoholi on monen suomalaisen keino selviytyä vaikeista tilanteista. Erityisesti nuoruusiässä on melko tavallista, että alkoholinkäyttö riistäytyy käsistä, kun omia rajoja ei vielä tunneta. Parhaimmillaan rajat selkiytyvät kuitenkin myöhemmässä vaiheessa. Näin ei kuitenkaan käy kaikille ja joskus runsas juominen saattaa jäädä tavaksi. Lahden (2003, 118–119) mukaan alkoholinkäyttö muuttuu ongelmaksi, kun joku läheinen alkaa kärsiä. Useimmiten juoja peittelee juomistaan ja uskoo hallitsevansa tilanteen. Alkoholiongelmissa kärsivän ihmisen auttaminen on haastavaa, sillä oma ongelma tulisi ensin myöntää, eikä se ole aina helppoa.

5.1.2 Kannabis ja muut huumeet

Huumausainelaissa mainittu ja muuhun kuin lääkinnälliseen käyttöön tarkoitettu aine on huume. Sen käytöllä haetaan muun muassa euforiaa eli kaiken ohittavaa hyvänolon tunnetta, sedaatiota eli rauhoittavuutta, stimulaatiota eli piristystä ja kiihotusta tai vieroitusoireiden lievittämistä. Huumausaineet voidaan luokitella keskushermostoa kiihottaviin tai lamaannuttaviin, hallusinogeenisiin eli harha-aistimuksia

aiheuttaviin ja kannabikseen, jonka vaikutukset voivat olla kaikkia edellä mainituista. Keskushermostoa kiihdyttäviin aineisiin katsotaan amfetamiini ja sen johdannaiset; metamfetamiini, ice ja cat sekä ekstaasi, khat ja kokaiini. Keskushermostoa lamaavia ja rauhoittavia huumausaineita ovat opiaatit ja jotkut synteettiset aineet, joista yleisin on heroiini. Muita aineita ovat morfiini, kodeiini sekä opioidiriippuvuuden hoidossa käytetty lääkeaine buprenorfiini. Hallusinogeeneistä eli harha-aistimuksia aiheuttavista aineista yleisin on LSD. Muita hallusinogeeneja ovat muun muassa huumesienet, DMT, meskaliini, PCP ja ketamiini. Kannabis eli marihuana ja hasis ovat peräisin hampusta. Sen käyttö voi aiheuttaa joko piristäviä tai lamaavia tuntemuksia sekä lieviä aistiharhoja. Kaikki edellä luetellut aineet aiheuttavat psyykkistä riippuvuutta ja voivat aiheuttaa sekä fyysisiä että psyykkisiä oireita. (Hietaharju & Nuuttila 2016, 213–214.)

Kannabiksen kokeilu ja käyttö on lisääntynyt Suomessa viimeisten vuosien aikana. Yleisimpiä kokeilut ovat 25–34-vuotiailla, kun miehistä lähes puolet ja naisistakin noin kolmannes kertoo joskus elämänsä aikana kokeilleen kannabista. Kannabiskokeilut ovat yleistyneet myös vanhemmissa ikäryhmissä, vaikka se onkin yleisempää nuorten keskuudessa. Miehillä on yleisesti ottaen enemmän kokemuksia kannabiksen käytöstä kuin naisilla. (Karjalainen, Savonen & Hakkarainen 2016, 17.)

Suomessa kannabiksen käyttö on ollut lähinnä maahantuodun hasiksen käyttöä. Valtaosa kannabiksen myynnistä ja käytöstä tapahtuu yksityisasunnoissa, niin kuin on muidenkin laittomien huumausaineiden kohdalla. Viimeisten vuosien aikana kannabiksen kotikasvatuksen on havaittu lisääntyneen. Suomessa ei kuitenkaan ole paljastunut isoja kasvattamoja, jotka tuottaisivat kukintoa myytäväksi huumemarkkinoille. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 40/2009, 125–126.)

5.2 Päihteiden käytön vaikutukset hyvinvointiin

Nuoruus on päihdehäiriöiden alkamisen ja kehittymisen kannalta kriittinen ikäkausi. Päihdehäiriöt alkavat usein nuoruudessa ja ovat pitkäkestoisia, toistuvia ja suhteellisen yleisiä. Päihdehäiriöt aiheuttavat psyykkisiä ja sosiaalisia haittoja sekä ovat riskitekijä muiden mielenterveyshäiriöiden synnylle myös myöhemmin aikuisuudessa.

dessa. Suurella osalla päihdehäiriöisistä nuorista esiintyy lisäksi jokin muukin mielenterveydellinen häiriö, kuten käytöshäiriö, aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö tai mieliala- tai ahdistuneisuushäiriö. (Marttunen & Lönngqvist 2001, 1580-1583.) Eri-tyisesti nuorten päihteidenkäyttö voidaan tulkita psyykkiseksi oireeksi pahasta olostasi siinä missä masennus tai syömishäiriöitkin (Hietala ym. 2010, 113).

5.3 Päihteettömyys ja sen tukeminen

Tutkijat ovat löytäneet useita ominaisuuksia ja voimavaroja, jotka voivat suojata yksilöä päihteiden käytön vaaroilta niin yksilö-, vertais-, perhe-, koulu- kuin yhteisötasollakin. Nuorten yksilöllisiä suojaavia tekijöitä ovat esimerkiksi hyvä itsetunto, itsekontrolli, positiiviset tunteet ja uskonnollisuus. Positiiviset tunteet, kuten olonsa onnelliseksi, kiinnostuneeksi ja rennoksi tunteminen suojaavat emotionaaliselta ahdistukselta, joka taas on yhteydessä päihteiden käyttöön. Yhtenäinen perhe, vanhempien tuki ja hyvä keskusteluyhteys sekä vanhempien ja koulun välinen yhteistyö suojaavat nuorta päihteiden käytöltä ja niiden haitoilta. Myös korkea opiskelumotivaatio ja tavoitteellisuus sekä osallistuminen vapaa-ajan toimintaan ja harrastuksiin suojaavat nuorta päihteiden haitoilta. Vastaavasti niillä nuorilla, joiden vanhemmat käyttävät päihteitä, on suurempi riski päihteiden käytön aloittamiselle. (Fergus & Zimmerman 2005, 407–408.)

6 MIELENTERVEYDEN YHTEYS PÄIHTEISIIN JA MUIHIN SOSIAALISIIN ONGELMIIN

Mielenterveys vaikuttaa suurelta osin siihen, miten selviydymme elämän vaikeissa tilanteissa, joita väistämättä jokaisen elämään mahtuu. Mielenterveyden häiriöt ovat Lahden (2003, 90–91) mukaan suurin kansansairaus Suomessa ja mielenterveyspalvelujen tarve lisääntynyt. Mielenterveyteen liittyvät varsin usein myös päihdeongelmat ja muut riippuvuudet sekä syrjäytymisen uhka. Tässä luvussa kerron mielenterveyden yhteydestä päihteisiin ja siitä, mitä tarkoitetaan yleistyneellä kaksoisdiagnoosin käsitteellä. Kerron, ongelmapelaamisesta ja sen seurauksista sekä siitä, mitä riippuvuus tarkoittaa ja miten se ilmenee ihmisen elämässä. Lisäksi avaan mielenterveysongelmien ja syrjäytymisen yhteyttä.

6.1 Kaksoisdiagnoosi

Ihmiset, joilla on sekä mielenterveys- että päihdeongelmia, ovat usein huonoimmissa asemissa olevia. Kaksoisdiagnoosipotilaat ovat usein myös asunnottomia tai erilaisissa asuntoloissa asuvia henkilöitä. Kaksoisdiagnoosi tarkoittaa sitä, että ihmisellä on päihdeongelman lisäksi päihteiden välittömistä vaikutuksista riippumaton psykiatrinen häiriö. Kaksoisdiagnoosin omaavan henkilön psyykkiset oireet, esimerkiksi masennus tai ahdistus eivät häviä pitkänkään raittiuden jälkeen, kuten käy päihteiden käytöstä aiheutuvien psyykkisten häiriöiden kohdalla. Kaksoisdiagnoosit ovat nykypäivänä yleisiä. Noin 40 prosentilla alkoholiongelmaisista ja vieläkin suuremmalla osalla huumeongelmiaisista on jossain elämänsä vaiheessa myös jokin psykiatrinen häiriö, joka ei ole yhteydessä päihteisiin. Yhteys näkyy myös toisinpäin. Noin 30 prosenttia psykiatrisia häiriöitä omaavista kärsii myös päihdeongelmista. Määrät vaihtelevat kuitenkin huomattavasti eri psykiatristen häiriöiden kohdalla. Yleisimpiä päihdeongelmat ovat kaksisuuntaista mielialahäiriötä tai skitsofreniaa sairastavilla. (Aalto [viitattu 25.7.2017].)

6.2 Ongelmapelaaminen ja sen seuraukset

Erilaisten tietokonepelien pelaaminen on osa useimpien lasten ja nuorten arkea ainakin muutaman tunnin verran viikossa. Tällöin pelaaminen mielletään mukavaksi ajankuluksi, rentoutumiskeinoksi ja sosiaaliseksi kanssakäymiseksi muiden nuorten kanssa. Jos lapsi tai nuori pelaa päivittäin useampia tunteja, on pelaaminen runsasta. Runsas pelaaminen tuo mukanaan riskejä, jotka korostuvat erityisesti silloin, kun pelit sisältävät väkivaltaista materiaalia. Riskipelaaminen on usein yhteydessä heikkoon itsehallintaan, aggressiivisuuteen ja levottomuuteen. Väkivaltapelien viehätys saattaa olla yhteydessä väkivallan ihannointiin ja empatiakyvyttömyyteen. Koko pelaamisen kirjo, johon kuuluvat hallittu pelaaminen, rahapelit, riskipelaaminen, ongelmapelaaminen ja peliriippuvuus, voivat näkyä jo koulussa. (Hietala ym. 2010, 25–26.) Ongelmaksi pelaaminen muodostuu yleensä silloin, kun se vaikuttaa kielteisesti pelaajaan ja hänen läheisiinsä (Peluuri. [viitattu 5.9.2017]).

Myöhemmin lapsille ja nuorille tavanomaiset pelaamisen tavat, kuten tietokone- ja Playstation pelit voivat vaihtua rahapeleiksi. Suurin osa rahapelien pelaajista pelaa kohtuudella niin, ettei se aiheuta harmia. Kuitenkin noin 10-15 prosentilla pelaajista on riski ongelman kehittymiselle ja 1-6 prosentille pelaajasta muodostuu peliongelma. Tutkimukset ovat osoittaneet, että mitä aiemmin pelaaminen aloitetaan, sen suuremmalla todennäköisyydellä pelaamisesta muodostuu ongelma. Monet ongelmapelaajat ovat aloittaneet pelaamisen noin yhdentoista vuoden iässä. Ongelmapelaajilla esiintyy usein myös muunlaista ongelmakäyttäytymistä, kuten huumeiden käyttöä, väkivaltaa, varastelua tai seksuaalista häiriökäyttäytymistä. Peliriippuvuudessa ja ongelmapelaamisessa voi olla kyse myös mielenterveysongelmista, kyvyttömyydestä kohdata omia ongelmia tai itsetunto-ongelmista (Hietala ym. 2010, 26). Peliongelmaa hoidetaankin usein joko masennuksena tai päihderiippuvuutena. (Problem gambling in youth - a hidden addiction 2005, 1, 6).

6.3 Riippuvuudet

Riippuvuus eli addiktio tarkoittaa jonkin aineen nauttimisen tai toiminnon tekemisen pakonomaista toistamista. Riippuvuudesta on kyse silloin, kun riippuvuuden kohde hallitsee elämää ja vaikeuttaa ihmisen arkea. Raenton ja Tammen mukaan (2014.

7–8) ihminen voi tulla perinteisten addiktion kohteiden, eli päihteiden, lisäksi riippuvaiseksi lähes mistä tahansa. Riippuvuutta voi aiheuttaa esimerkiksi ruoka, seksi, työ, harrastukset, shoppailu, läheiset tai media. Erilaisiin riippuvuuksiin suhtaudutaan kuitenkin täysin eri tavoin. Jos kyseessä on esimerkiksi huumeriippuvuus, pidetään sitä paljon vakavampana ja paheksuttavampana asiana kuin työriippuvuutta. Riippuvuuteen voi liittyä myös myönteisiä mielikuvia. Esimerkiksi työriippuvuus voidaan nähdä myönteisenä omistautumisena työlle ja sen haitallisuutta voi olla vaikea tavoittaa. Mikä tahansa riippuvuus kuluttaa kuitenkin aina sekä yksilön että yhteiskunnan voimavaroja.

Riippuvuudet voidaan jakaa kemiallisiin ja ei-kemiallisiin, eli toiminnallisiin riippuvuuksiin. Toiminnallisista riippuvuuksista ei kuitenkaan ole DSM-tautiluokituksessa muita, kuin rahapelihäiriö. Rahapelihäiriö on aiemmin luokiteltu impulssikontrollihäiriöksi, josta se on siirretty riippuvuuskategoriaan. Muut toiminnalliset riippuvuudet esiintyvät enimmäkseen arkikielessä. (Raento & Tammi 2014. 18.) Riippuvuuden syitä voivat Lahden (2003, 120–121.) mukaan olla elämäntilanne, persoonallisuuden rakenne, kokeilunhalu tai jokin erikoisongelma. Riippuvuus on sekä fyysistä että psyykkistä ja myös sosiaaliset syyt voivat vaikuttaa riippuvuuden lisääntymiseen. Sosiaalisia syitä ovat esimerkiksi käyttötottumukset, elämänkriisit, alentunut stressinsietokyky ja aineiden saatavuus. Riippuvuutta voi kuvata noidankehänä, jossa esimerkiksi paha olo, lääke ja hyvä olo vuorottelevat. Mielenterveyden kannalta on tärkeää, että on vapaa tekemään mitä haluaa, ilman riippuvuuden aiheuttamaa pakottavaa tarvetta.

6.4 Miten mielenterveysongelmat liittyvät syrjäytymiseen

Heiskanen, Salonen ja Sassi (2006, 19) ovat sitä mieltä, että mielenterveydellä on suuri vaikutus niin yksilön, yhteisön kuin yhteiskunnankin inhimilliseen, sosiaaliseen ja taloudelliseen pääomaan. Mielenterveysongelmat taas lisäävät heidän mukaansa inhimillistä kärsimystä, luovat huono-osaisuutta, syrjäyttävät ja heikentävät ihmisen toimintakykyä. Yhteiskunnallisen aseman merkitys näkyy aivoissamme tapahtuvina kemiallisina reaktioina, jotka vaikuttavat mielenterveyteemme. Tärkeimpiä mielialaamme sääteleviä kemikaaleja ovat serotoniini ja dopamiini. Näiden kemikaalien

alhaisella tasolla on osoitettu olevan yhteys masennukseen ja muihin mielenterveyshäiriöihin. Kokemus osattomuudesta tai alisteisesta asemasta heikentää aivojen serotoniini ja dopamiinitasoa. (Wilkinson & Pickett 2011, 91.)

Mielenterveyskentällä on paljon hoidettavia ongelmia. Kaikki hoidon tarve ei kuitenkaan ensisijaisesti ole mielenterveysongelmista lähtöisin, vaan joukkoon mahtuu myös elämän kriiseistä johtuvia ongelmia. Näitä kriisejä ovat esimerkiksi asunnottomuus, työttömyys, köyhyys ja syrjäytyminen. Elämän kriisit aiheuttavat ahdistusta, joka puretaan alkoholiin, lääkkeisiin tai huumeisiin. Näitä ongelmia hoidetaan mielenterveysongelmina, vaikka syyt löytyvätkin jostain muualta. (Lahti 2003, 116.)

7 MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEPALVELUJEN PALVELUJÄRJESTELMÄ

Tässä luvussa kuvaan mielenterveys- ja päihdepalvelujen palvelujärjestelmää Suomessa. Lisäksi kerron lyhyesti Seinäjoen mielenterveys- ja päihdepalveluista. Mielenterveys- ja päihdepalveluja on kehitetty viimeisten vuosien aikana, mutta puutteita löytyy edelleen. Psyykkinen pahoinvointi on lisääntynyt, mikä ilmenee erityisesti masennuksena ja päihdeongelmina. (Saarelainen ym. 2000, 28.) Terveystieteiden tutkimuslaitos (30.12.2010/1326) mukaan kunnan tehtävänä on järjestää asukkailleen tarpeellinen mielenterveys- ja päihdetyö. Lain tarkoituksena on mielenterveyttä ja päihteettömyyttä suojaavien tekijöiden vahvistaminen ja mielenterveyttä vaarantavien sekä päihteiden aiheuttamien terveyttä ja turvallisuutta vaarantavia tekijöitä vähentäminen ja poistaminen.

7.1 Mielenterveyspalvelut ja niiden kehittäminen

Viimeisten vuosikymmenten aikana mielenterveysongelmien hoito on siirtynyt sairaalakeskeisestä hoidosta avohoitoon. Tämä muutos on parantanut sekä asiakkaan asemaa, että muuttanut omaisten roolia huomattavasti. Muutoksella on vältetty potilaiden pitkäaikaiseen sairaalahoitoon liittyvä laitostuminen ja on pystytty säilyttää asiakkaan yhteydet läheisiin, kotiin ja yhteiskuntaan paremmin. Painopisteen siirtyminen sairaalahoidosta avohuoltoon on käynnistänyt palvelurakenteen voimakkaan muutoksen. Uudenlaisia, joustavampia ja monimuotoisia, itsenäistä asumista ja kuntoutumista tukevia avopalveluja on ollut tarpeen kehittää. Ongelmaksi on muodostunut kuitenkin se, että avohuollon kehittäminen ei ole taloudellisten resurssien niukkuuden ja säästö päätösten vuoksi ollut riittävää eikä kysynnän kannalta asianmukaista. Tilannetta ei helpota myöskään se, että psykososiaalinen pahoinvointi ja palvelujen tarve ovat lisääntyneet. Psyykkinen pahoinvointi näkyy muun muassa masennuksen ja päihdeongelmien yleistymisenä. Myös masennuslääkkeiden käyttö on lisääntynyt merkittävästi. (Saarelainen ym. 2000, 27–28.)

Mielenterveystyön luonnetta on muuttanut voimakkaasti myös perhe- ja verkostokeskeisen lähestymistavan ja työotteen korostuminen. Perhe- ja verkostokeskeinen,

avohoitoa korostava työote on mahdollistanut sen, että asiakasta on alettu pitää perheensä ja sosiaalisen verkostonsa jäsenenä. Ajattelutavan myötä asiakas on nähty tasa-arvoisena yhteiskunnan jäsenenä, jolla on oikeus asua kotiseudullaan omassa ympäristössään mahdollisimman normaalisti. On olemassa runsaasti näyttöä siitä, että psyykkisen hyvinvoinnin ja kuntoutumisen kannalta tärkeitä voimavaroja ovat läheiset ja tukea antavat ihmissuhteet, sosiaalinen aktiivisuus ja arkielämän taidot. Nykyisessä hoitokäytännössä tulisi huomioida entistä paremmin myös mielenterveysongelmista kärsivän perhe ja läheiset, sillä myös heillä on usein monenlaisia ongelmia ja tuen tarvetta sekä häpeän ja syyllisyyden tunteita. (Saarelainen ym. 2000, 28.)

Mielenterveystyöstä suurin osa tehdään perusterveydenhuollossa ja sosiaalitoimissa. Näissä vastataan ehkäisevästä mielenterveystyöstä, annetaan ensiapua, ohjataan hoitoon äkillisissä mielenterveydenhäiriöissä ja päihdeongelmissa, hoidetaan lieviä mielenterveydenhäiriöitä ja annetaan tarvittaessa jatkohoitoa erikoissairaanhoidosta palaaville asiakkaille. Palvelujen tuottamisen kannalta on tärkeää, että perusterveydenhuolto, sosiaalihuolto ja erikoissairaanhoido vastaavat yhteistyössä palvelujärjestelmän toteutuksesta. Joustavan palvelukokonaisuuden turvaamiseksi on välttämätöntä, että kunta tekee yhteistyötä myös yksityisen sektorin sekä järjestötoimijoiden kanssa. Yhteistyö eri ammattiryhmien ja organisaatioiden kanssa on väestövastuun onnistumisen edellytys. Kunnan tai alueen peruspalveluja edustavan työryhmän tulee kartoittaa ja seurata asukkaiden palvelutarpeita, jotta palvelujen suunnittelu ja tarjonta vastaavat tarkoitusta. Mielenterveyspalvelujen tavoitteena on ennaltaehkäisy, nopea ja joustava palvelujen tarjonta sekä hoidon jatkuvuuden turvaaminen. (Saarelainen ym. 2000, 31–32.)

Psykiatrinen erikoistason hoito järjestetään Suomessa erikoissairaanhoidopiireittäin. Erikoissairaanhoidollista apua on saatavilla yleissairaaloiden psykiatrisilta osastoilta, psykiatrisilta sairaaloilta ja poliklinikoilta. Erikoistason psykiatrisista avopalveluista vastaavat ensisijaisesti mielenterveyskeskukset tai mielenterveystoimistot. Mielenterveystoimistoissa ja -keskuksissa työskentelee moniammatillinen tiimi, johon kuuluu muun muassa psykiatrian erikoislääkäri, psykologi, psykiatrinen sairaan-

hoitaja, mielenterveyshoitaja ja sosiaalityöntekijä. Mielenterveystoimistojen ja -keskusten palveluihin kuuluu erilaisia asumiseen ja kuntoutumiseen liittyviä tukipalveluja, psykoterapiaa ja kriisiapua. (Saarelainen ym. 2000, 32-33.)

7.2 Päihdepalvelut

Sosiaalihuoltolaki on päihdehuollon peruslaki. Sosiaalihuoltolain (L. 1301/2014) tarkoituksena on muun muassa ”edistää asiakaskeskeisyyttä sekä asiakkaan oikeutta hyvään palveluun ja kohteluun sosiaalihuollossa”. Tämä on muuttanut myös päihdeasiakkaiden asemaa viranomaiskeskeisestä hoitomuodosta asiakaslähtöisyyteen tuoden asiakkaille enemmän sanavaltaa ja vastuuta hoidostaan. Nykyään päihdehuollon asiakas mielletään hoidon ja avun hakijaksi ja saajaksi, entisen palvelujen kohteena olijan sijasta. Kunnan on päihdehuoltolain (L. 17.1.1986/41.) mukaan ”huolehdittava siitä, että päihdehuolto järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan sellaiseksi kuin kunnassa esiintyvä tarve edellyttää.” Päihdehuollon keskeisiä periaatteita ovat myös itsenäisen suoriutumisen tukeminen, vapaaehtoisen hoitoon haakeutumisen mahdollisuus, luottamuksellisuus sekä asiakkaan ja hänen läheistensä edun ensisijaisuus ja laadukkaan palvelun varmistaminen. (Saarelainen ym. 2000, 48.)

Päihteiden riippuvuuskäytöstä johtuva hoidon tarve on määritelty sosiaali- ja terveydenhuollon yhteiseksi toiminta-alueeksi. Päihdepalveluissa korostetaan yhteistyötä ja verkostoitumista ja suositeltavia yhteistyötahoja ovat muun muassa raittiustoimi, asunto- ja työvoimatoimi, koulu- ja nuorisotoimi sekä poliisi. Nykyisin pyritään korostamaan entistä enemmän ehkäisevää työtä, jolla pyritään estämään päihteiden ongelmakäyttöä suosivien elämänolojen ja elintapojen syntymistä. (Saarelainen ym. 2000, 49.)

Ehkäisevän työn lisäksi päihdetyöhön kuuluu varhaistoteaminen sekä hoito ja kuntoutus. Ehkäisevää työtä eli primaaripreventiota ovat muun muassa tiedottaminen, vaikuttaminen sekä vaihtoehtoisten mallien ja mahdollisuuksien esiintuominen. Varhaisella toteamisella eli sekundaaripreventiolla tarkoitetaan ongelmien tunnistamista, väliintuloa ja muutokseen motivointia. Sekundaaripreventiota toteutetaan eri-

laisilla kursseilla, itsehoitoon ohjaavilla toiminnoilla sekä tarvittaessa hoitoon ja kuntoutukseen ohjaamisella. Tertiääripreventio voi olla fyysistä, psyykkistä, sosiaalista, henkistä tai hengellistä kuntoutusta. (Hietaharju 2016, 224.)

Päihdehuollon palvelutyyppejä ovat avohuolto, välimuotopalvelut, laituskuntoutus ja erityiskuntoutus. Avohuoltoa annetaan muun muassa A-klinikoilla, päiväkeskuksissa, terveyskeskuksissa, nuorisoasemilla ja -kahviloissa, etsivässä nuorisotyössä, diakoniavastaanotossa, erilaisissa ryhmissä vertaistukiryhmissä sekä yhdyskuntatyössä. Välimuotoisia palveluja tarjotaan erilaisissa asumispalveluyksiköissä, ensisuojusta, selviämisasemissa ja tukiasunnoissa. Laituskuntoutusta tarjotaan katkaisuhuoltoasemilla, selviämisasemilla, sairaalassa ja kuntoutuskeskuksissa. Erityiskuntoutus tarkoittaa ensisijaisesti työhön kuntoutumista. (Hietaharju & Nuuttila 2016, 224–225.)

7.3 Mielenterveys- ja päihdepalvelut Seinäjoella

Seinäjoen kaupunki järjestää avopalveluita päihdeongelmista, peliongelmissa tai muista toiminnallisista riippuvuuksista kärsiville ihmisille sekä heidän läheisilleen. Seinäjoen kaupungin avopalveluita tarjotaan Päihdekliniikalla ja Nuorisoasemalla Steissillä. Kaupunki ostaa omien palveluiden lisäksi muun muassa päivätoimintaa, laituskuntoutusta sekä asumispalveluja. (Seinäjoen kaupunki. [viitattu 10.8.2017].)

Minnesota-hoito on yksi päihderiippuvaisten hoitomuoto, jota kaupunki voi ostaa asukkailleen. Minnesota-hoito on erilaisista riippuvuuksista kärsiville ihmisille ja heidän läheisilleen tarkoitettu kahdentoista askeleen hoitomuoto. Minnesota-hoidossa hoidetaan alkoholi-, lääke- ja läheisriippuvuutta sekä sekakäyttäjiä intensiivisesti terapiapainotteisella täyshoidolla vähintään 28 vuorokauden ajan. Minnesota-hoitoa annetaan Suomessa Lapualla ja Hämeenkoskella. (Minnesota-hoito. [viitattu 17.10.2017].)

8 TUTKIMUKSEN KULKU

Tässä luvussa kuvaan tutkimuksen kulkua. Alkuun kerron opinnäytetyötutkimuksessa käyttämäni tutkimusmenetelmistä. Tutkimuksessa on käytetty kvantitatiivista tutkimusmenetelmää pitkäaikaistutkimuksen keinoin ja dokumentteihin perustuvaa menetelmää hyödyntäen. Seuraavaksi kuvaan lyhyesti sitä, miten aineisto on hankittu ja miten sitä on analysoitu. Opinnäytetyötutkimuksen tutkimuskysymykset ovat: Ovatko Seinäjoen asukkaiden sosiaaliset ongelmat lisääntyneet, vähentyneet vai pysyneet samalla tasolla viimeisten seitsemän vuoden aikana? Onko Seinäjoen asukkaiden mielenterveys parantunut, heikentynyt vai pysynyt samalla tasolla viimeisten seitsemän vuoden aikana? Millainen Seinäjoen tilanne on edellä mainittujen asioiden osalta verrattuna Etelä-Pohjanmaahan ja koko Suomeen?

8.1 Tutkimusmenetelmät

Käytin opinnäytetyötutkimuksessani määrällistä, eli kvantitatiivista tutkimusmenetelmää, jossa käsittelen numeroita ja prosenttiosuuksia. Dokumentteihin perustuvat ja viranomaislähteistä peräisin olevat aineistot ovat aina osa niitä kokoavien instituutioiden toimintaa (Ronkainen ym. 2013, 111). Näillä aineistoilla on kirjoittajien mukaan tyypillisesti jokin käyttötarkoitus, mitä varten aineistoa kerätään. Niin on myös tässä tutkimuksessa. Poliisin tilastoista peräisin oleva rikollisuudesta kertova aineisto, jota tässä tutkimuksessa käytin, kerätään viranomaisen toiminnan tueksi. Vastaavasti Sotkanetistä peräisin oleva aineisto kerätään muun muassa valtakunnallisen kehittämistyön ja terveyden edistämisen tueksi. Tutkimukseni kohteena ovat Seinäjoen asukkaat. Vertaan Seinäjoen asukkaiden mielenterveyttä ja sosiaalisia ongelmia, kuten päihteiden käyttöä, pelaamista ja rikollisuutta Etelä-Pohjanmaahan sekä koko Suomen tilanteeseen. Näin pystyn selvittämään, onko Seinäjoella parempi vai huonompi tilanne suhteessa Etelä-Pohjanmaan alueeseen ja suhteessa muuhun maahan. Tutkimukseni on seurantatutkimus eli pitkäaikaistutkimus, jossa vertaan Seinäjoen nykytilannetta aiempiin vuosiin ja seuraan tilanteen kehitystä kuuden vuoden ajalta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007 173.)

8.2 Aineiston hankinta

Opinnäytetyöni tutkimuksen aineisto on peräisin valmiista tilastoista, jotka kokoan sotkanetistä ja poliisin tilastoista. Näitä kutsutaan Ronkaisen ym. (2013, 108) mukaan luonnollisiksi aineistoiksi. Tilastoista hankitut aineistot ovat usein suuria, otosten koko voi olla jopa tuhansia tai kymmeniä tuhansia. Tilastolaitosten ja vastaavien instituutioiden keräämät aineistot ovat usein soveltuvia monenlaisten jälkianalyysien tekoon. (Alkula, Pöntinen & Ylöstalo 1995, 55.) Vilkan (2005, 77) mukaan valmiiden tutkimusaineistojen käyttäminen saattavat vaatia aineiston haltijan luvan. Tilaston haltijasta riippuen tämä voi kirjoittajan mukaan edellyttää virallista lupaa ja tutkimussuunnitelman esittämistä ja useimmiten näiden rekistereiden ja tilastojen käytöstä joutuu myös maksamaan. Tässä tapauksessa yhteistyötahoni hoiti luvan hakemisen käyttää poliisin tilastoja sekä muita tarvitsemiani tilastoja. Sotkanetin tilastoihin, jotka ovat peräisin kouluterveyskyselyistä sekä tilastokeskuksesta, ei tarvinnut erillistä lupaa, vaan tiedot ovat internetissä kaikkien ihmisten saatavilla.

Aineiston keräämisessä ja sen rajaamisessa käytin apuna Seinäjoen kaupungin mielenterveys- ja päihdestrategiaa vuosille 2009–2012. Tämän julkaisun ja yhteistyötahon kanssa käytyjen keskustelujen perusteella valitsin tutkimukseen sisältyvät aiheet ja asiat. Aloitin tutkimuksen kokoamisen keräämällä tutkimukseen kuuluvat tilastot, jonka jälkeen aloin järjestellä tilastoja aihealueiltaan järkevään ja sopivaan muotoon. Tämän jälkeen kuvasin saamiani tuloksia graafisin kuvioin ja analysoin saamiani tuloksia sanallisesti ja numeerisesti. Kun aineisto oli mielestäni sopivassa järjestyksessä ja aihealueiltaan yhteensopivissa ryhmissä, annoin aineistolle alaotsikoita, joita ovat: päihteiden käyttö ja sitä ennakoivat tekijät, päihteiden käytön vaikutukset hyvinvointiin, mielenterveyttä haastavia tekijöitä, mielenterveyspalvelujen käyttö, mielenterveysongelmat ja niiden seuraukset sekä rikollisuus. Järjestettyäni aineiston nykyiseen muotoonsa, aloin kiinnittää huomiota merkittävimpiin ja kiinnostavimpiin tutkimustuloksiin, ja aloin miettiä niille selityksiä.

8.3 Aineiston analysointi

Aineistoa voidaan analysoida monella tavalla. Tässä opinnäytetyötutkimuksessa analyysitapana on selittämiseen pyrkivä lähestymistapa, jossa käytetään tilastollista

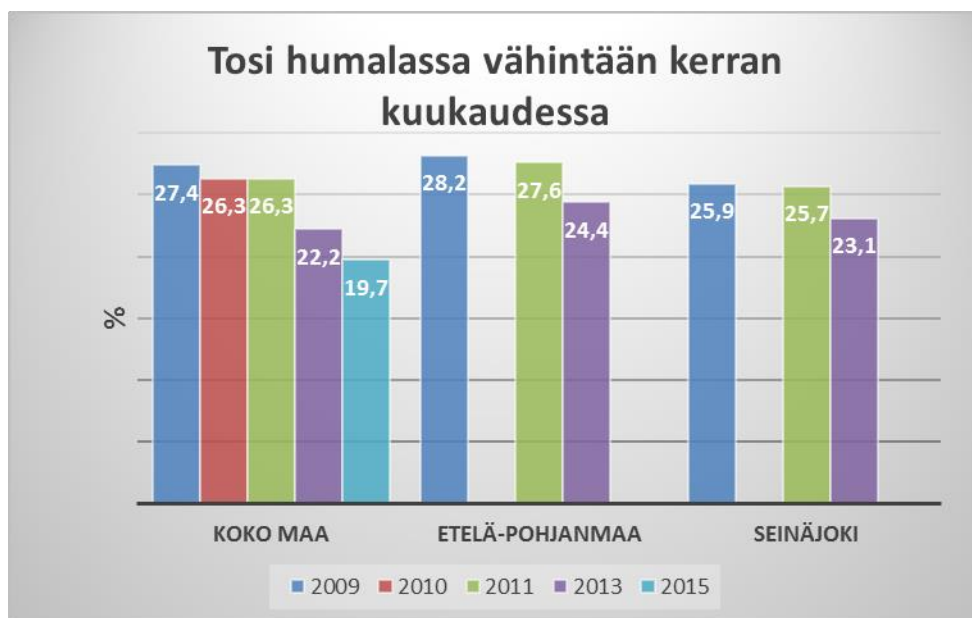
analyysia ja päätelmien tekoa (Hirsjärvi ym. 2007, 219). Kvantitatiivisessa tutkimuksessa analyysimenetelmä valitaan sen mukaan, että analyysi antaa tietoa siitä, mitä ollaan tutkimassa. Analyysimenetelmän valintaan vaikuttaa se, ollaanko tutkimassa yhtä muuttujaa vai useamman muuttujan välistä riippuvuutta ja muuttujien vaikutusta toisiinsa. Tässä opinnäytetyötutkimuksessa halutaan tietää, kuinka havaintoarvot poikkeavat toisistaan. Tästä syystä analyysimenetelmäksi on valittu hajontalukujen käyttö. Hajontalukuja ovat esimerkiksi keskihavainto ja vaihteluväli. Tässä opinnäytetyötutkimuksessa on hyödynnetty hajontaluvuista soveltaen vaihteluväliä ja keskihajontaa. Vaihteluvälillä tarkoitetaan pienimmän ja suurimman havaintoarvon väliä, kun havaintojen arvot on asetettu suuruusjärjestykseen. Tässä tutkimuksessa on tarkasteltu seitsemän vuoden aikana tapahtuvaa muutosta muun muassa Seinäjoen mielenterveys-, päihde- ja rikollisuustilastoissa. Keskihajonta taas tarkoittaa sitä, kuinka kaukana yksittäisen muuttujan, tässä tapauksessa Seinäjoen, arvot ovat keskimääräisen, eli koko maan tai Etelä-Pohjanmaan muuttujien arvoista. (Vilkkä 2007, 119, 124.)

9 TUTKIMUS SEINÄJOEN KAUPUNGIN MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEKÄYTTÖN KEHITYKSESTÄ VUOSINA 2009-2016

9.1 Päihteiden käyttö ja sitä ennakoivat tekijät

9.1.1 Nuorten alkoholinkäyttö

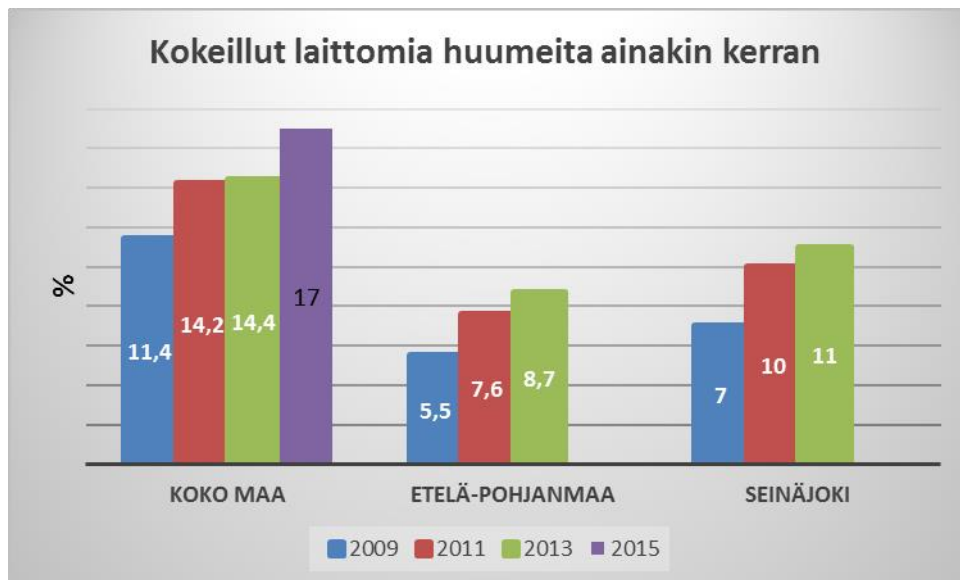
Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet ([viitattu 15.3.2017]) kertoo, että nuorten alkoholinkäyttö on ollut laskussa vuodesta 2009 vuoteen 2015 saakka. Maanlaajuisesti nuorten alkoholinkäyttö on laskenut 7,7 % kuuden vuoden aikana. Etelä-Pohjanmaalla laskua on tapahtunut 3,8 % ja Seinäjoella 2,8 % vuodesta 2009 vuoteen 2013. Nuorten alkoholinkäyttö on verraten yleisempää Etelä-Pohjanmaan alueella kuin koko maassa tai Seinäjoella. Viimeisimmän tutkimuksen mukaan Seinäjoella käytetään alkoholia nuorten keskuudessa hieman enemmän kuin koko maassa. Ero ei kuitenkaan ole merkittävä. (Kuvio 1.)



Kuvio 1. Tosi humalassa vähintään kerran kuukaudessa (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].)

9.1.2 Nuorten huumekokeilut

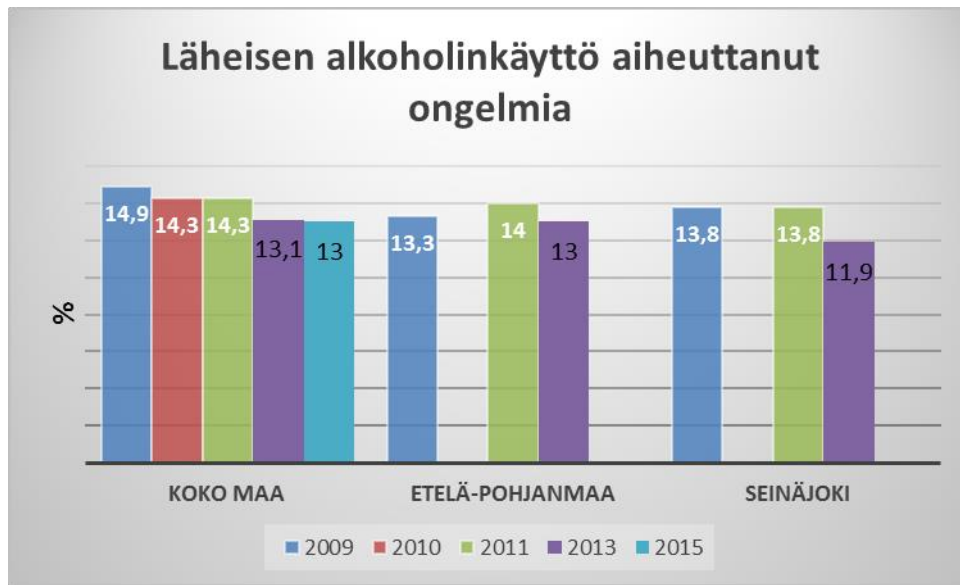
Vaikka alkoholinkäyttö on nuorten keskuudessa vähentynyt, ovat esiin nousseet lisääntyneet huumekokeilut, mikä ilmenee Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanetistä ([viitattu 15.3.2017]). Nuorista jopa 17 % kertoo kokeilleensa laittomia huumeita ainakin kerran vuonna 2015, kun vuonna 2009 vastaava luku oli 11,4 %. Myös Etelä-Pohjanmaalla ja Seinäjoella huumekokeilut ovat yleistyneet. Vuonna 2009 Seinäjoella laittomia huumeita oli kokeillut 7 % ja Etelä-Pohjanmaalla 5,5 %. Vastaavat luvut vuonna 2013 olivat 11 % ja 8,7 %. Huumekokeilut ovat yleistyneet Seinäjoella neljässä vuodessa 4 %. Huumekokeilut ovat kuitenkin yleisempiä koko maassa kuin Seinäjoella tai Etelä-Pohjanmaan alueella. Seinäjoella huumeita oli kokeiltu useammin kuin muualla Etelä-Pohjanmaan alueella. (Kuvio 2.)



Kuvio 2. Kokeillut laittomia huumeita ainakin kerran (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].)

9.1.3 Läheisen alkoholinkäyttö

Kuvio 3 todentaa, että läheisen alkoholinkäyttö on aiheuttanut ongelmia 11,9 %:lle Seinäjoen nuorista vuoden 2013 tilastojen mukaan. Vastaava luku koko maassa oli 13,1 % ja Etelä-Pohjanmaalla 13 %. Muutosta Seinäjoella vuodesta 2009 vuoteen 2013 on - 1,9 %. (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet. [viitattu 15.3.2017].)



Kuvio 3. Läheisen alkoholinkäyttö aiheuttanut ongelmia (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].)

9.1.4 Nuorten tupakointi

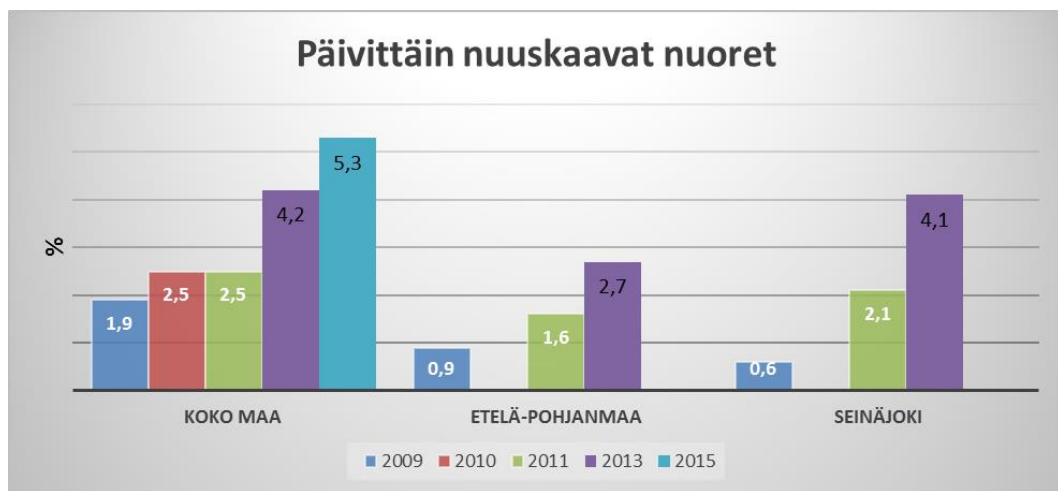
Nuorten päivittäinen tupakointi on vähentynyt viimeisten vuosien aikana erityisesti peruskoulussa sekä lukiossa opiskelevilla oppilailla, kuten kuviosta 4 näkee. Ammattioppilaitoksen opiskelijat sauhuttelevat huomattavasti enemmän kuin samanikäiset lukion oppilaat tai muutamaa vuotta nuoremmat peruskoulun oppilaat. Ammattikoulun opiskelijat tupakoivat jopa 24 % yleisemmin vuonna 2015 kuin lukion opiskelijat. Nuorten tupakointi on kuitenkin vähentynyt kuuden vuoden aikana koko maassa 6,6 %. Seinäjoella nuorten tupakointi on vähentynyt vuodesta 2009 vuoteen 2013 2,6 % ollen vuonna 2013 hieman yleisempää kuin koko maassa ja hieman vähäisempää kuin Etelä-Pohjanmaan alueella. (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet. [viitattu 15.3.2017].)



Kuvio 4. Päivittäin tupakoivat nuoret (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].)

9.1.5 Nuorten nuuskaaminen

Nuorten nuuskan käyttö on lisääntyneet, kuten kuviosta 5 näkee. Kuudessa vuodessa nuorten päivittäinen nuuskan käyttö on yleistynyt 3,4 % koko maassa ja Seinäjoellakin vuoteen 2013 mennessä 3,5 %. Nuuskan käyttö on yleisempää koko maassa ja Seinäjoella, kuin koko Etelä-Pohjanmaan alueella. Tämäkin kertoo siitä, että kokeilut alkavat ensin isommista kaupungeista, josta ne sitten leviävät myös pienemmille paikkakunnille. Näyttäisi siltä, että nuoret ovat joltain osin siirtyneet tupakan poltosta nuuskan käyttöön. (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet. [viitattu 15.3.2017].)

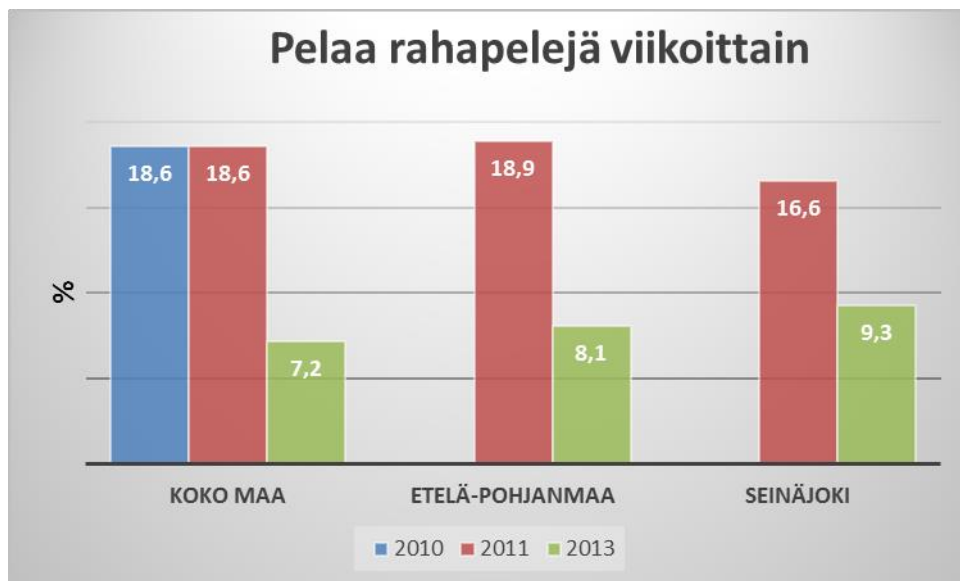


Kuvio 5. Päivittäin nuuskaavat nuoret (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].)

9.1.6 Nuorten rahapelien pelaaminen

Positiivista on se, että nuorten rahapelien pelaaminen on vähentynyt huomattavasti. Tähän on varmasti suurelta osin vaikuttanut vuonna 2011 voimaan tullut uusi ikäraja, joka kieltää rahapelien pelaamisen alle kahdeksantoistavuotiailta. Suurin muutos nuorten rahapelaamiseen on tapahtunut Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanetin [viitattu 15.3.2017] mukaan vuosien 2011 ja 2013 välillä, laskien 11,4 % koko maassa, Etelä-Pohjanmaalla 10,8 % ja Seinäjoella 7,3 %. Vuonna 2011 nuoret pelasivat rahapelejä Seinäjoella vähemmän kuin Etelä-Pohjanmaan tai koko maan alueella. Vuonna 2013 tilanne on kuitenkin kääntynyt niin, että Seinäjoella nuorten

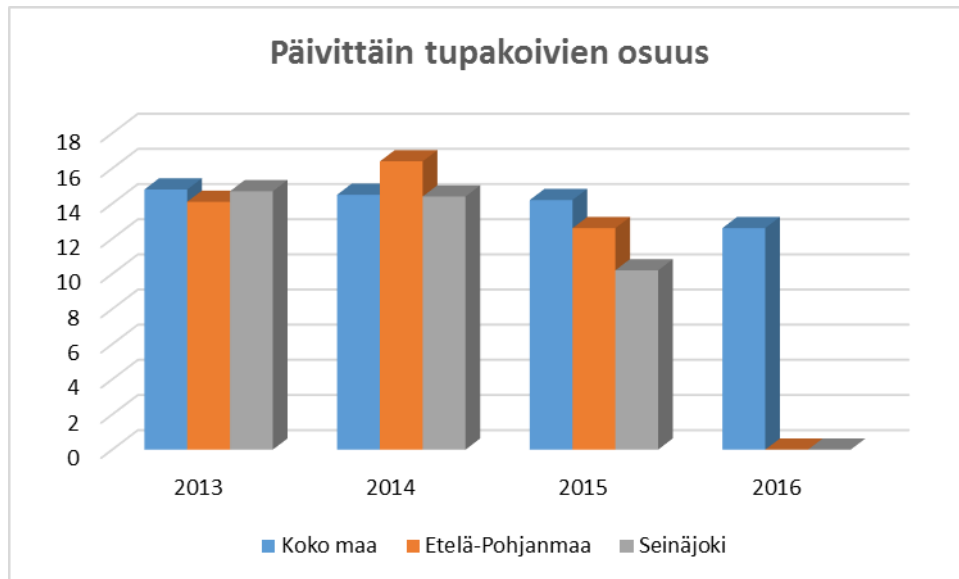
rahapeliä pelaaminen on ollut yleisempää kuin maakunnassa tai koko maassa. Erot ovat enimmillään kuitenkin vain noin 2 prosenttiyksikön luokkaa. (Kuvio 6.)



Kuvio 6. Pelaa rahapelejä viikoittain (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].)

9.1.7 Väestön tupakointi

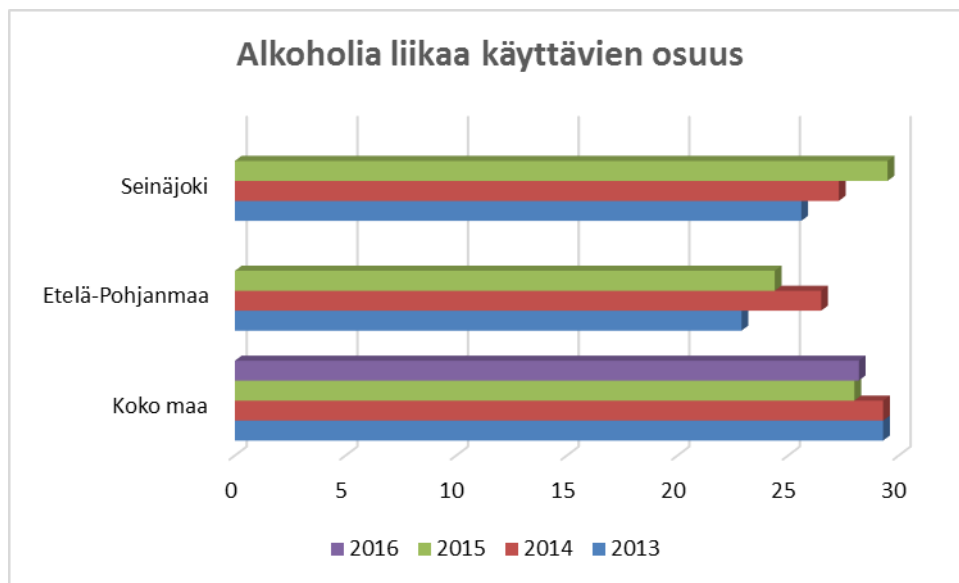
Kuviosta 7 näkee, että päivittäin tupakoivien osuus on ollut Seinäjoella laskussa vuodesta 2013 vuoteen 2015. Laskua on tapahtunut 4,5 %, kun koko maan tasolla laskua on ollut vain 0,6 %. Tupakointi on hieman vähäisempää Seinäjoella kuin Etelä-Pohjanmaan (2,4 %) tai koko maan tasolla (4 %). (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].)



Kuvio 7. Päivittäin tupakoivien osuus (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].)

9.1.8 Alkoholia liikaa käyttävät

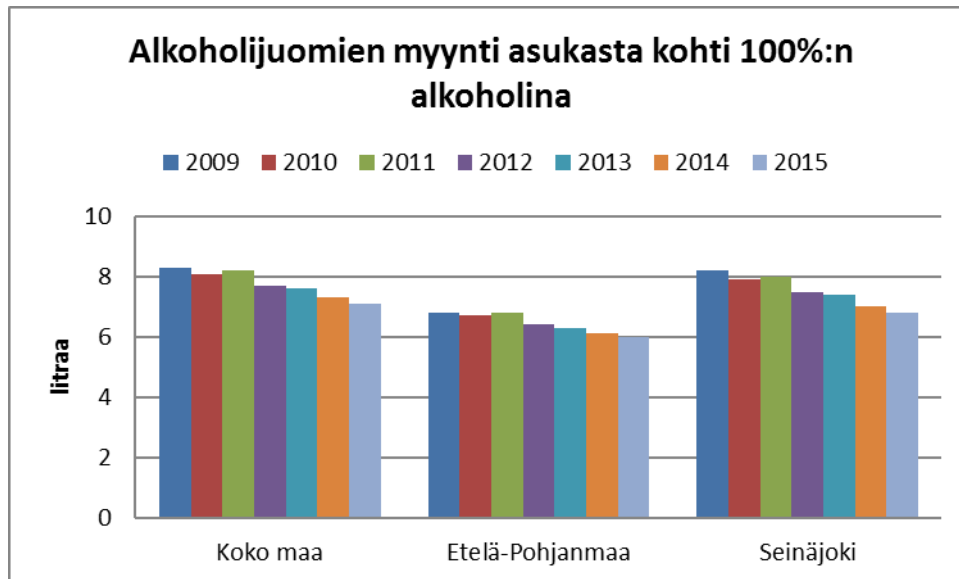
Alkoholia liikaa käyttävien osuus on ollut Seinäjoella nousussa vuodesta 2013 vuoteen 2015, kertoo Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet ([viitattu 15.3.2017]). Nousua on tapahtunut 3,9 %. Etelä-Pohjanmaalla alkoholin liiallinen käyttö on noussut 1,5 %, mutta koko maan tasolla se on laskenut hieman, eli 1,3 %:n verran. Alkoholin liikakäyttö on Seinäjoella yleisempää kuin Etelä-Pohjanmaalla ja koko maahan verrattuna lähestulkoon yhtä yleistä, kuitenkin 1,5 % yleisempää. (Kuvio 8.)



Kuvio 8. Alkoholia liikaa käyttävien osuus (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].)

9.1.9 Alkoholijuomien myynti

Alkoholijuomien myynti on laskenut vuodesta 2009 vuoteen 2015 niin Seinäjoella, Etelä-Pohjanmaalla kuin koko maassakin, kertoo Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet ([viitattu 15.3.2017]). Eniten laskua on tapahtunut Seinäjoella, 1,2 litraa asukasta kohden kuudessa vuodessa. Koko maassa laskua on tapahtunut 1,2 litran verran ja Etelä-Pohjanmaalla 0,8 litran verran. (Kuvio 9.)



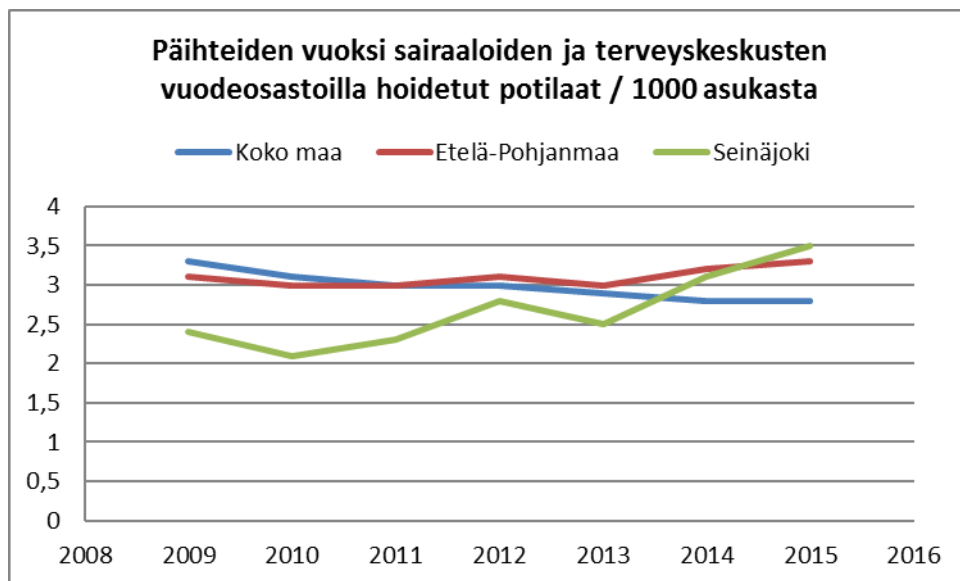
Kuvio 9. Alkoholijuomien myynti asukasta kohti, 100%:n alkoholina (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].)

9.2 Päihteiden käytön vaikutukset hyvinvointiin

9.2.1 Vuodeosastoilla hoidetut päihdehuollon asiakkaat

Kuviosta 10 havaitaan, että päihteiden vuoksi sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosastoilla hoidettuja potilaita oli Seinäjoella vuonna 2015 3,5 henkilöä 1000 asukasta kohden. Määrä on vaihdellut hieman vuosittain, ollen alimmillaan 2,1 % vuonna 2010. Parin viimeisen vuoden aikana Seinäjoella on hoidettu enemmän potilaita päihteiden vuoksi kuin koko maassa. Eroa Seinäjoella ja koko maalla vuonna 2015 oli 0,7 tapauksen verran. Etelä-Pohjanmaalla päihteiden vuoksi hoidettuja oli

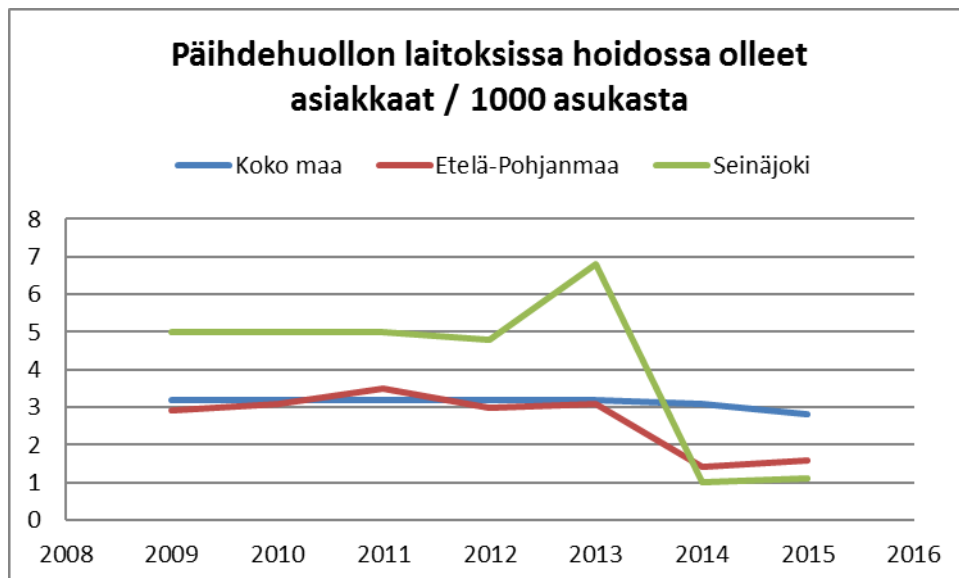
Seinäjokeen verrattuna 0,2 % vähemmän vuonna 2015. (Tilasto ja indikaattori-
pankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].)



Kuvio 10. Päihteiden vuoksi sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosastolla hoidetut potilaat/1000 asukasta (Tilasto ja indikaattori-pankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].)

9.2.2 Laitoksissa hoidossa olleet päihdehuollon asiakkaat

Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanetin mukaan ([viitattu 15.3.2017].) Seinäjoella päihdehuollon laitoksissa hoidossa olleita asiakkaita oli vuodesta 2009 vuoteen 2013 muuhun maahan sekä Etelä-Pohjanmaan verrattuna suhteessa enemmän. Eniten päihdehuollon laitoksissa oli asiakkaita Seinäjoella vuonna 2013, 6,8/1000. Samana vuonna koko maassa edellä mainittuja asiakkaita oli 3,2 ja Etelä-Pohjanmaalla 3,1. Tämän jälkeen määrät laskivat Seinäjoella yhteen (1), eli määrät vähenivät 5,8 tapauksen verran. Myös Etelä-Pohjanmaalla määrät vähenivät 1,4 samana vuonna. Viimeisimmän tilastotiedon mukaan Seinäjoella ja Etelä-Pohjanmaalla laitoksissa hoidettuja päihdeasiakkaita on muuhun maahan verrattuna suhteessa vähemmän. (Kuvio 11.)

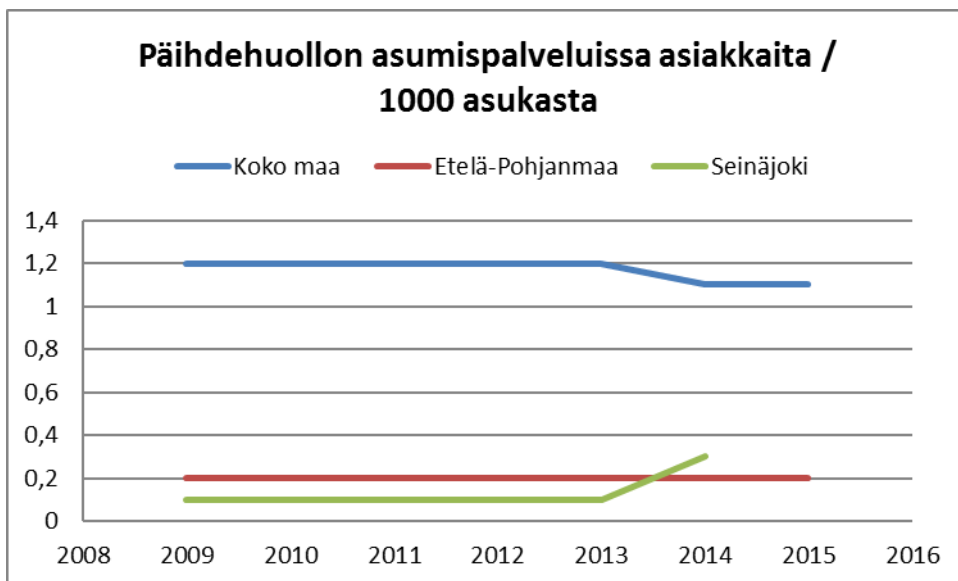


Kuvio 11. Päihdehuollon laitoksissa hoidossa olleet asiakkaat/1000 asukasta (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].)

9.2.3 Päihdehuollon asumispalvelut

Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet ([viitattu 15.3.2017].) mukaan päihdehuollon asumispalveluiden asiakasmäärät ovat pysyneet tasaisina pitkään niin Seinäjoella, Etelä-Pohjanmaalla kuin koko maassakin. Kuitenkin vuoden 2013 jälkeen Seinäjoen tilastot lähtivät nousuun, vuoden aikana nousua tapahtui 0,2. Samana vuonna koko

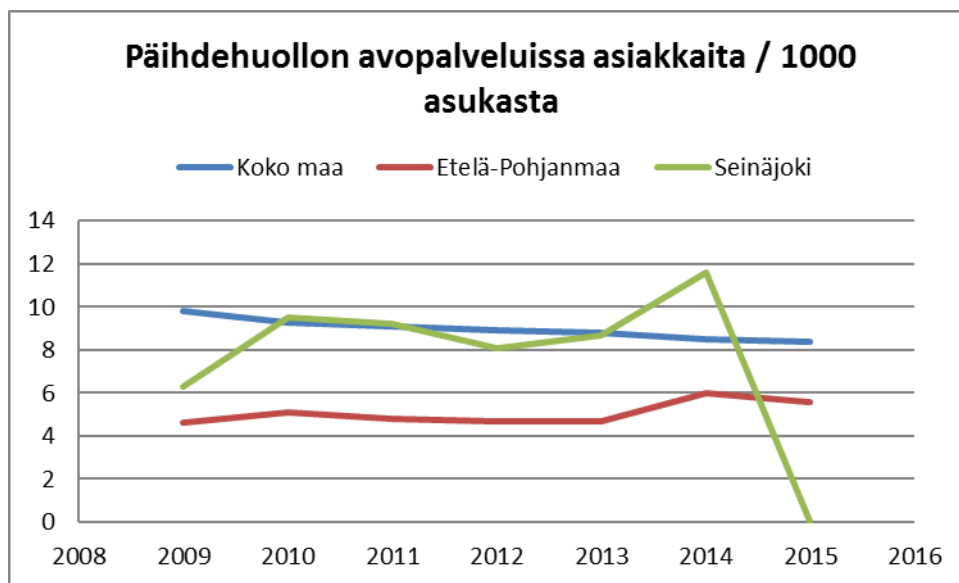
maan tilanne laski 0,1. Seinäjoella päihdehuollon asumispalveluissa asiakkaita on suhteessa vähemmän kuin koko maassa, eroa vuonna 2015 oli 0,8. (Kuvio 12.)



Kuvio 12. Päihdehuollon asumispalveluissa asiakkaita/1000 asukasta (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].)

9.2.4 Päihdehuollon avopalvelut

Kuviosta 13 näkee, että Seinäjoella päihdehuollon avopalveluissa asiakkaita oli 1000 asukkaasta 11,6 vuonna 2014. Viisi vuotta aiemmin, vuonna 2009 asiakkaita oli 6,3. Nousua on siis tapahtunut 5,3. Muualla Etelä-Pohjanmaan alueella päihdehuollon avopalveluissa asiakkaita on kaikkina vuosina ollut suhteessa vähemmän kuin Seinäjoella. Vuonna 2014 eroa oli 5,6 asiakkaan verran. Seinäjoen päihdehuollon avopalveluiden asiakkaiden määrät ovat olleet lähes saman suuruiset kuin koko maassa, mutta vuonna 2014 Seinäjoella asiakkaiden määrä lisääntyi eniten. (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].)

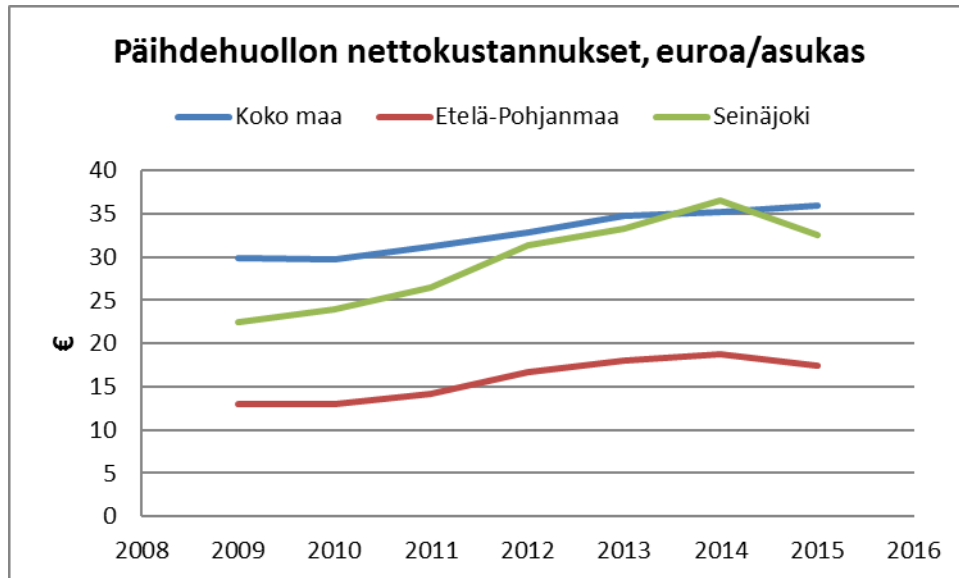


Kuvio 13. Päihdehuollon avopalveluissa asiakkaita/1000 asukasta (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].)

9.2.5 Päihdehuollon nettokustannukset

Seinäjoen päihdehuollon nettokustannukset ovat viimeisten vuosien aikana olleet lähellä koko maan tasoa, kuten kuviosta 14 näkee. Vuonna 2015 Seinäjoen kustannukset olivat 32,6 euroa asukasta kohden, kun koko maassa määrä oli 36 euroa. Vuotta aiemmin, vuonna 2014 vastaavat luvut olivat 36,6 euroa ja 35,2 euroa. Seinäjoella on siis tapahtunut pienoista laskua synkimmästä tilanteesta. Vuodesta

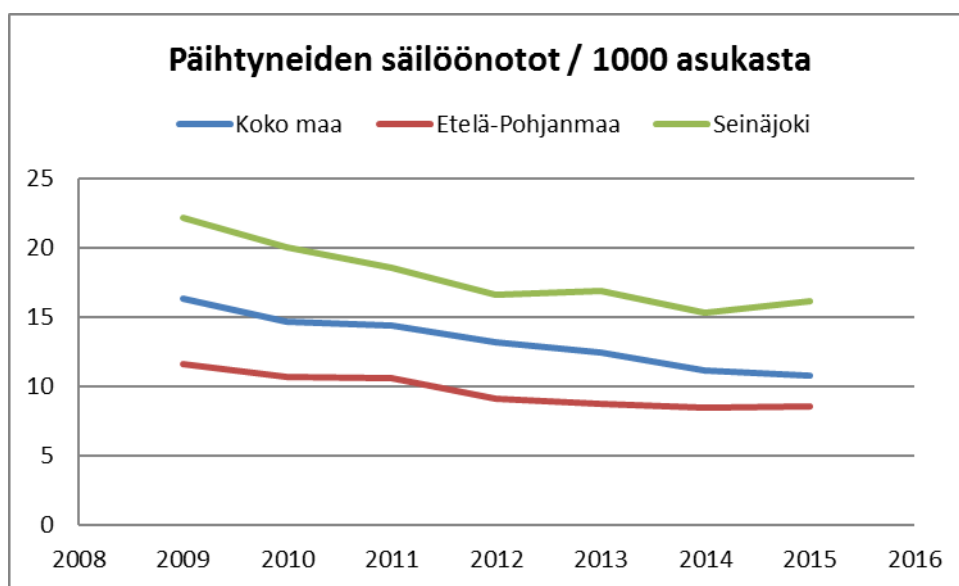
2009 vuoteen 2015 muutos Seinäjoella oli plus 10,1€. Etelä-Pohjanmaalla kustannukset ovat kuuden vuoden aikana pysyneet alempana kuin Seinäjoella tai koko maassa. Seinäjoen kustannukset olivat pahimmillaan 17,9 € enemmän kuin Etelä-Pohjanmaalla yleensä. (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].)



Kuvio 14. Päihdehuollon nettokustannukset, euroa/asukas (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].)

9.2.6 Päihtyneiden säilöönotot

Seinäjoella otettiin vuonna 2015 16,1 päihtynyttä henkilöä säilöön 1000 asukasta kohden, kuten kuviosta 15 näkee. Vastaava luku koko maassa oli 10,8 ja Etelä-Pohjanmaalla 8,5. Kuuden vuoden aikana päihtyneiden säilöönotot ovat vähentyneet Seinäjoella 6 tapauksen verran 1000:sta, Etelä-Pohjanmaalla 3,1 ja koko maassa 5,5. Seinäjoella otetaan suhteessa enemmän päihtyneitä säilöön kuin Etelä-Pohjanmaalla (7,6 vuonna 2015) tai koko maassa (5,3 vuonna 2015). (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].)

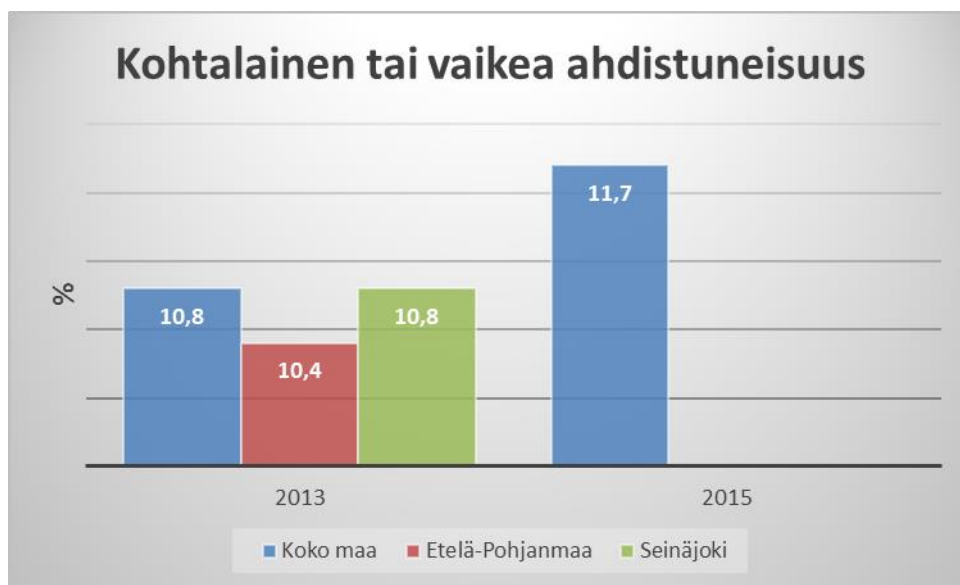


Kuvio 15. Päihtyneiden säilöönotot/1000 asukasta (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].)

9.3 Mielenterveyttä haastavia tekijöitä

9.3.1 Lasten ja nuorten ahdistuneisuus

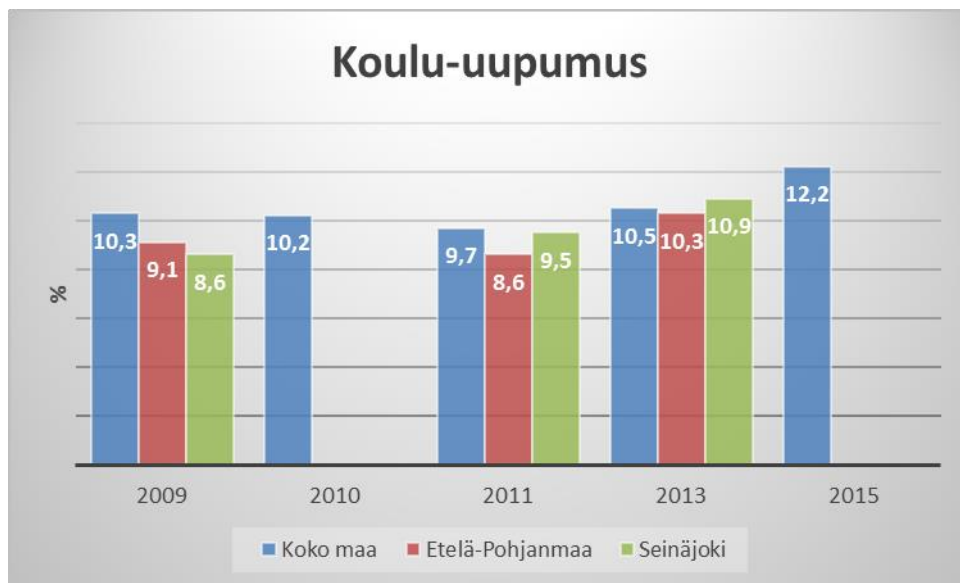
Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanetin mukaan ([viitattu 15.3.2017].) 10,8 % nuorista koki kohtalaista tai vaikeaa ahdistuneisuutta vuonna 2013 sekä Seinäjoella että koko maassa. Etelä-Pohjanmaalla tulos oli vain hieman pienempi, 10,4 %. Seinäjoen tilanteesta ei ole tietoa muilta vuosilta, mutta koko maassa ahdistuneisuus nousi kahdessa vuodessa 0,9 prosenttiyksikköä. (Kuvio 16.)



Kuvio 16. Kokenut kohtalaista tai vaikeaa ahdistuneisuutta (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].)

9.3.2 Koulu-uupumus

Koulu-uupumus on lisääntynyt Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanetin ([viitattu 15.3.2017].) mukaan Seinäjoella vuodesta 2009 lähtien, ja se oli vuonna 2013 10,9 %, eli 2,3 % enemmän kuin vuonna 2009. Samansuuntaista nousua on tapahtunut myös koko maassa sekä Etelä-Pohjanmaan alueella. Vuonna 2013 Seinäjoella koettiin 0,6 % enemmän koulu-uupumusta kuin Etelä-Pohjanmaalla ja 0,4 % enemmän kuin koko maassa. (Kuvio 17.)



Kuvio 17. Kokenut koulu-uupumusta (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].)

9.3.3 Lasten ja nuorten ystävyysuhteet

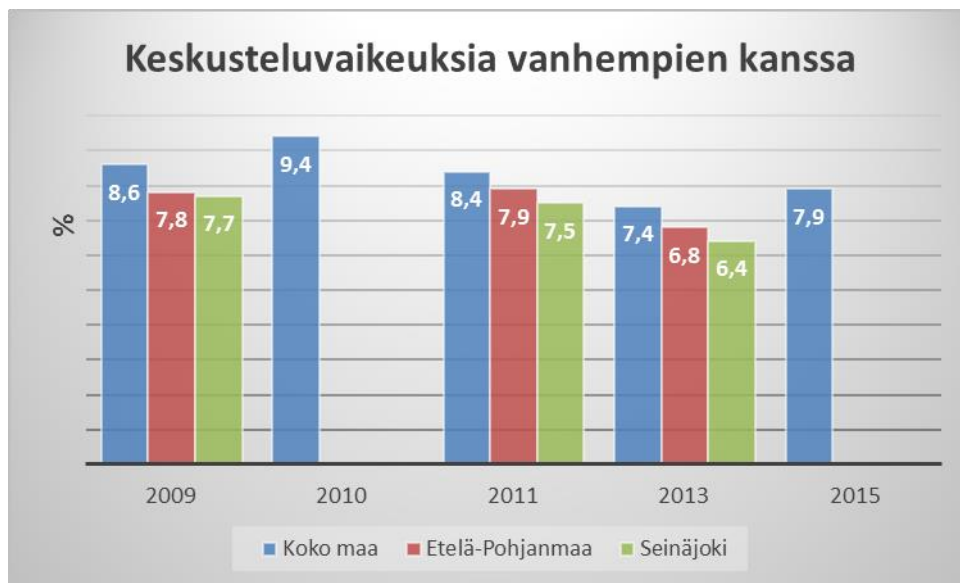
Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanetin ([viitattu 15.3.2017].) mukaan vuonna 2013 seinäjokelaisista lapsista ja nuorista 6,2 % koki, ettei omaa yhtään läheistä ystävää. Määrä on laskenut 0,4 % vuodesta 2009. Vastaava tilanne koko maassa oli 7,5 % ja Etelä-Pohjanmaalla 7 %, eli suhteessa hieman enemmän kuin Seinäjoella. (Kuvio 18.)



Kuvio 18. Ei yhtään läheistä ystävää (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].)

9.3.4 Keskusteluvaikeuksia vanhempien kanssa

6,4 % seinäjokelaisista nuorista kokee keskustelun vaikeaksi vanhempiensa kanssa vuonna 2013, kertoo Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet ([viitattu 15.3.2017]). Keskusteluvaikeudet ovat vähentyneet 1,3 % vuodesta 2009, eli suurta muutosta ei ole neljän vuoden aikana tapahtunut. Maan laajuisesti keskusteluvaikeudet ovat hieman yleisempiä kuin Seinäjoella tai maakunnassa. Lisäksi Seinäjoella tilanne näyttää hieman paremmalta kuin Etelä-Pohjanmaan alueella yleensä. (Kuvio 19.)



Kuvio 19. Keskusteluvaikeuksia vanhempien kanssa (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].)

9.3.5 Koulukiusattuna vähintään kerran viikossa

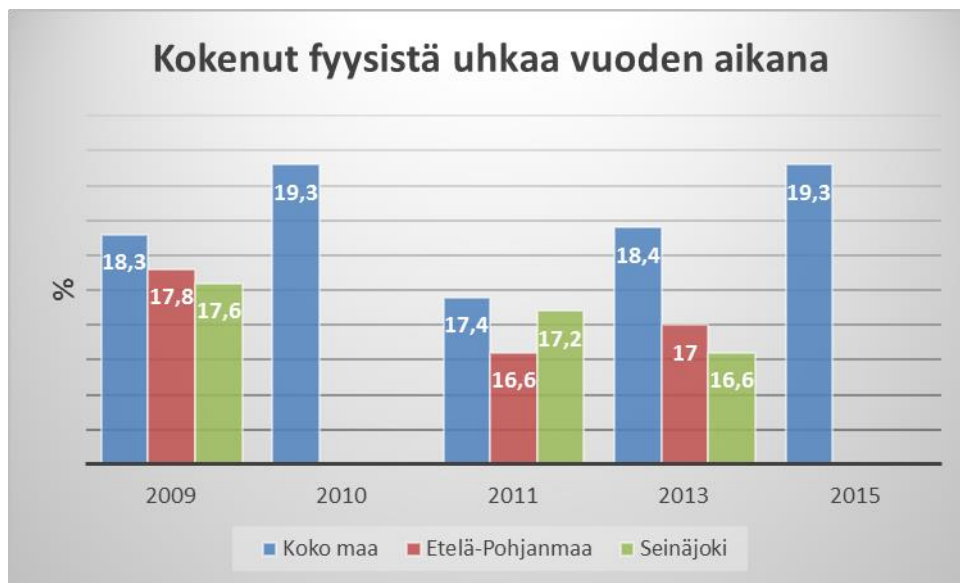
Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanetin ([viitattu 15.3.2017].) mukaan 4,2 % seinäjokelaisista nuorista kertoo tulleen koulukiusatuksi vähintään kerran viikossa vuonna 2013. Luku on täysin sama kuin koko maassa ja vain hiukan pienempi kuin Etelä-Pohjanmaalla yleensä. Koulukiusaamisessa ei ole tapahtunut suurta muutosta suuntaan eikä toiseen viimeisten vuosien aikana. (Kuvio 20.)



Kuvio 20. Koulukiusattuna vähintään kerran viikossa (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].)

9.3.6 Lasten ja nuorten kokema fyysisen uhka

Kuviosta 21 näkee, että fyysisen uhan kokeminen on vähäisempää Seinäjoella ja Etelä-Pohjanmaalla muuhun maahan verrattuna. Seinäjoella fyysistä uhkaa vuoden aikana oli vuonna 2013 kokenut 16,6 % nuorista kun taas koko maassa vastaava luku oli 18,4 %. Fyysisen uhan kokemisessa ei ole tapahtunut juurikaan muutosta Seinäjoella neljässä vuodessa. (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].)



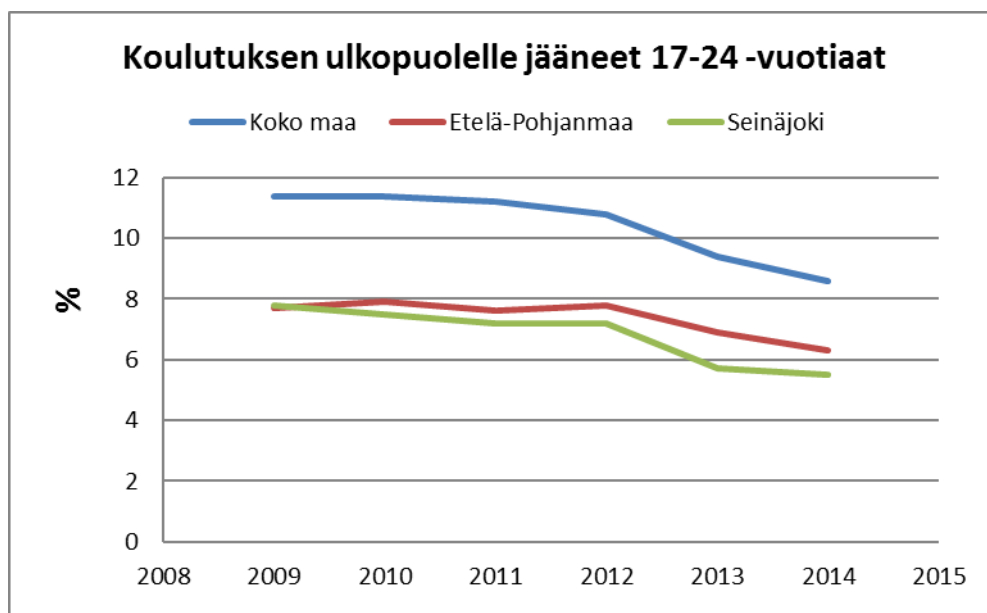
Kuvio 21. Kokenut fyysistä uhkaa vuoden aikana (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].)

9.3.7 Lasten ja nuorten kokema seksuaalinen väkivalta

Seksuaalista väkivaltaa on vuonna 2013 kokenut 16 % nuorista niin Seinäjoella kuin Etelä-Pohjanmaallakin. Koko maassa 16,9 % nuorista kertoo kokeneensa seksuaalista väkivaltaa joskus tai toistuvasti. Vuoteen 2015 mennessä seksuaalisen väkivallan kokemukset ovat vähentyneet koko maassa 5,6 %. (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].)

9.3.8 Koulutuksen ulkopuolelle jääneet nuoret

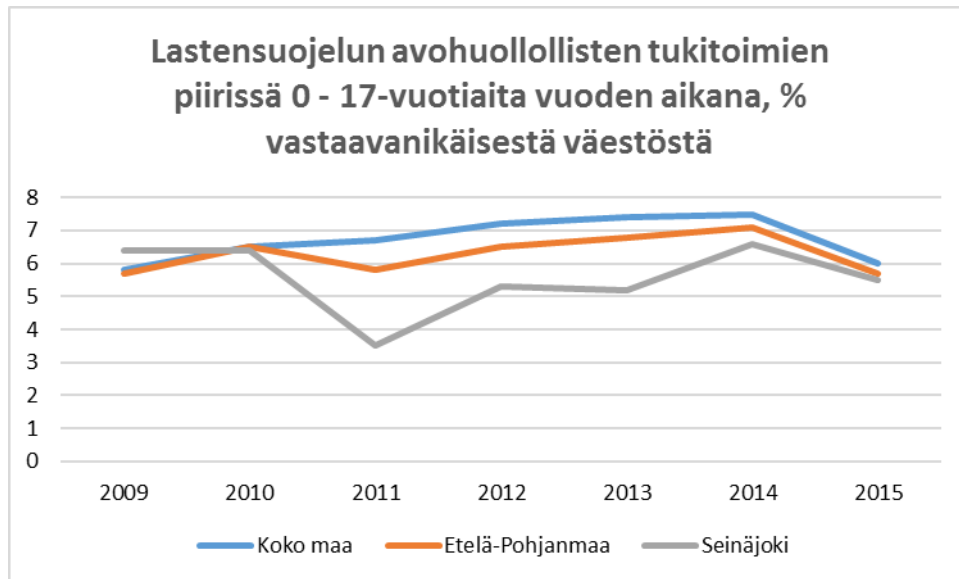
Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].) kertoo koulutuksen ulkopuolelle jääneiden 17-24-vuotiaiden osuuden vastaavan ikäisestä väestöstä olleen laskussa niin Seinäjoella, Etelä-Pohjanmaalla kuin koko maassakin. Seinäjoella koulutuksen ulkopuolelle jääneitä aikuisuuden kynnyksellä olevia nuoria oli vuonna 2014 5,5 %. Tämä on 2,3 % vähemmän kuin vuonna 2009. Koko maassa laskua on tapahtunut 2,8 % ja Etelä-Pohjanmaalla 1,4 %. Seinäjoella tilanne on siis verraten parempi kuin Suomessa tai Etelä-Pohjanmaalla yleensä. (Kuvio 22.)



Kuvio 22. Koulutuksen ulkopuolelle jääneet 17–24-vuotiaat (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].)

9.3.9 Lastensuojelun avohuollon tuen piirissä vuoden aikana olleet

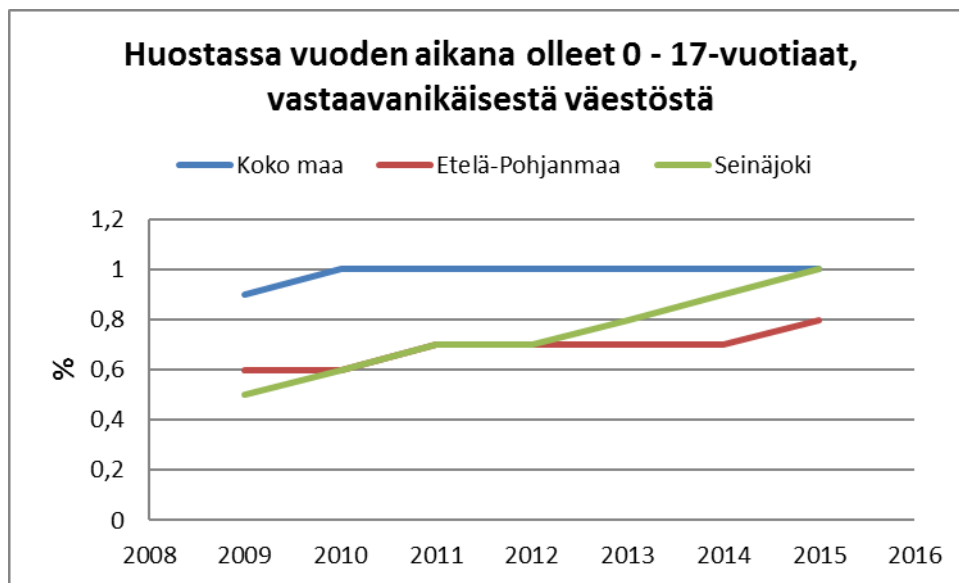
Kuviosta 23 näkee, että lastensuojelun avohuollollisten tukitoimien piirissä on vuonna 2015 ollut 0–17-vuotiaita vastaavan ikäisestä väestöstä koko maassa 6,0 %, Etelä-Pohjanmaalla 5,7 % ja Seinäjoella 5,5 %. Vuonna 2009 Seinäjoella vastaava määrä oli 6,4 %, Etelä-Pohjanmaalla 5,7 % ja koko maassa 5,8 %. (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].)



Kuvio 23. Lastensuojelun avohuollollisten tukitoimien piirissä 0–17-vuotiaita vuoden aikana, % vastaavan ikäisestä väestöstä (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].)

9.3.10 Huostassa vuoden aikana olleet lapset ja nuoret

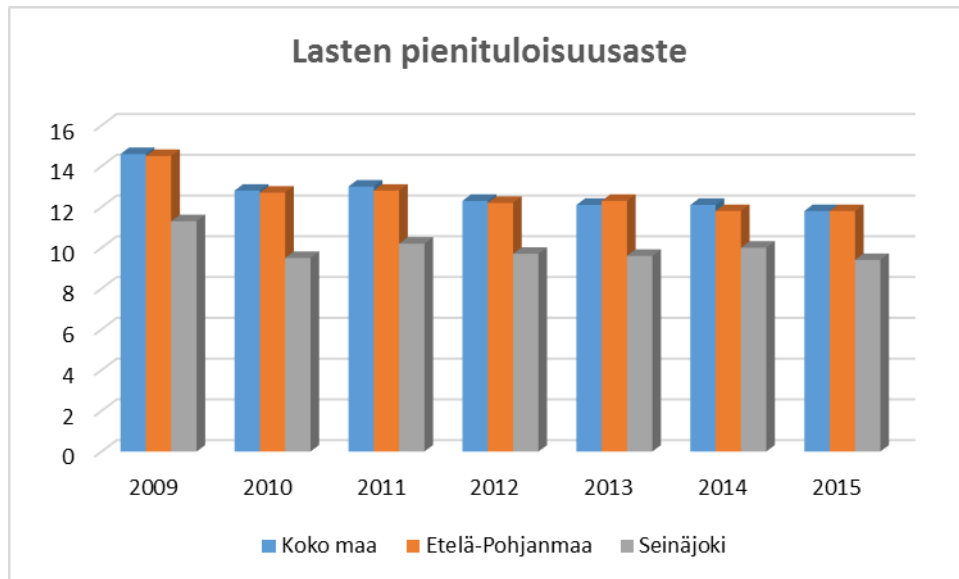
Seinäjoella vuonna 2015 1 % 0-17 - vuotiaista on ollut vuoden aikana huostassa. Luku on sama kuin koko maassa, kuten kuviosta 24 näkee. Huostaan otettujen määrä on pysynyt Seinäjoella lähes samana, nousten kuuden vuoden aikana vain 0,5 %. Vuonna 2015 Seinäjoella huostaanotot ovat maan keskiarvoa mutta hieman yleisempiä kuin Etelä-Pohjanmaalla yleensä. (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].)



Kuvio 24. Huostassa vuoden aikana olleet 0–17-vuotiaat vastaavan ikäisestä väestöstä (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].)

9.3.11 Lapsiperheiden pienituloisuus

Lapsiperheiden pienituloisuus vuonna 2015 oli Seinäjoella 9,4 %, Etelä-Pohjanmaalla 11,8 % ja koko maassa 11,8 %. Kuviosta 25 näkee, että pienituloisten lapsiperheiden määrä on hieman vähentynyt kuuden vuoden aikana. Vuonna 2009 lapsiperheiden pienituloisuusaste oli Seinäjoella 11,3 %, Etelä-Pohjanmaalla 14,5 % ja koko maassa 14,6 %. (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].)

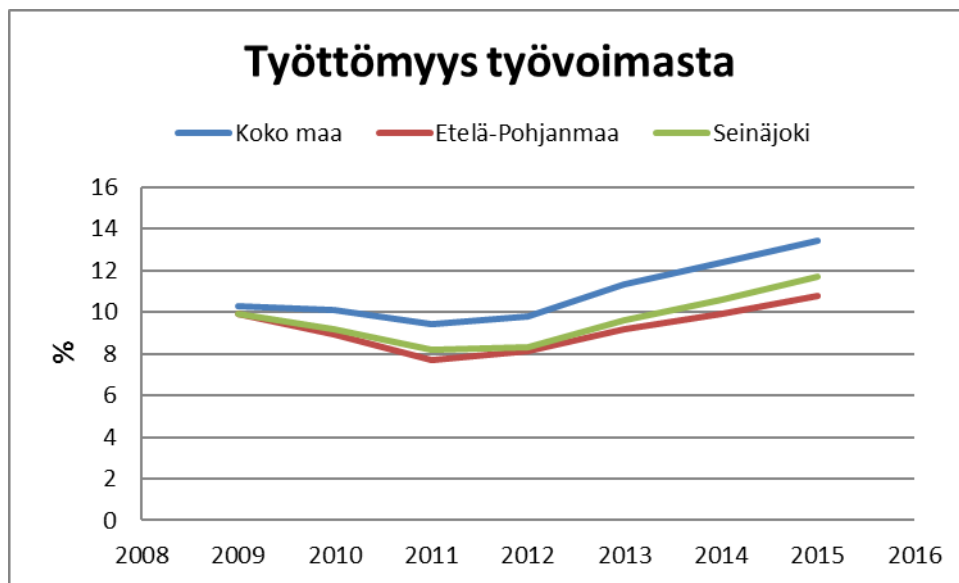


Kuvio 25. Lapsiperheiden pienituloisuusaste (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].)

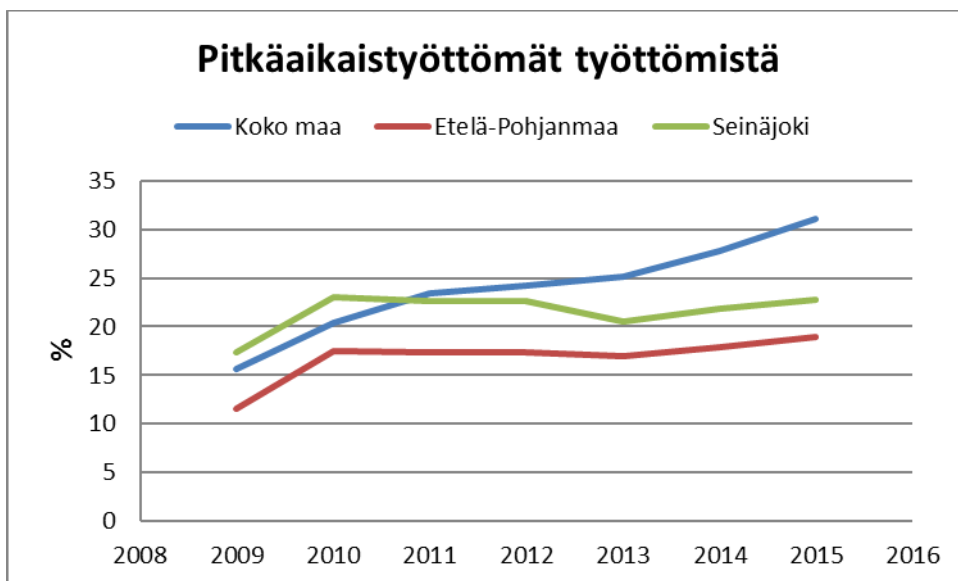
9.3.12 Työttömyys

Seinäjoen työttömien henkilöiden määrät vähenivät vuoteen 2011 asti, jonka jälkeen työttömien henkilöiden määrät ovat lisääntyneet ollen vuonna 2015 11,7 %. Sama suunta on havaittavissa myös maakunnan sekä koko maan tilastoissa. Seinäjoella työttömyys on ollut vuonna 2015 hieman yleisempää (0,9 %) kuin Etelä-Pohjanmaalla mutta hieman vähäisempää kuin koko maassa (1,7 %). (Kuvio 26.) Seinäjoen työttömistä pitkäaikaisesti työttöminä olleita oli vuonna 2015 22,8 %. Koko maan tasolla pitkäaikaistyöttömiä oli 31,1 % ja maakunnan tasolla 19 %. Maanlaajuisesti pitkäaikaistyöttömyys on lisääntynyt vuodesta 2009 lähtien. Etelä-Pohjanmaalla pitkäaikaistyöttömyys on pysynyt lähes samana ja Seinäjoella vaihdellut vuo-

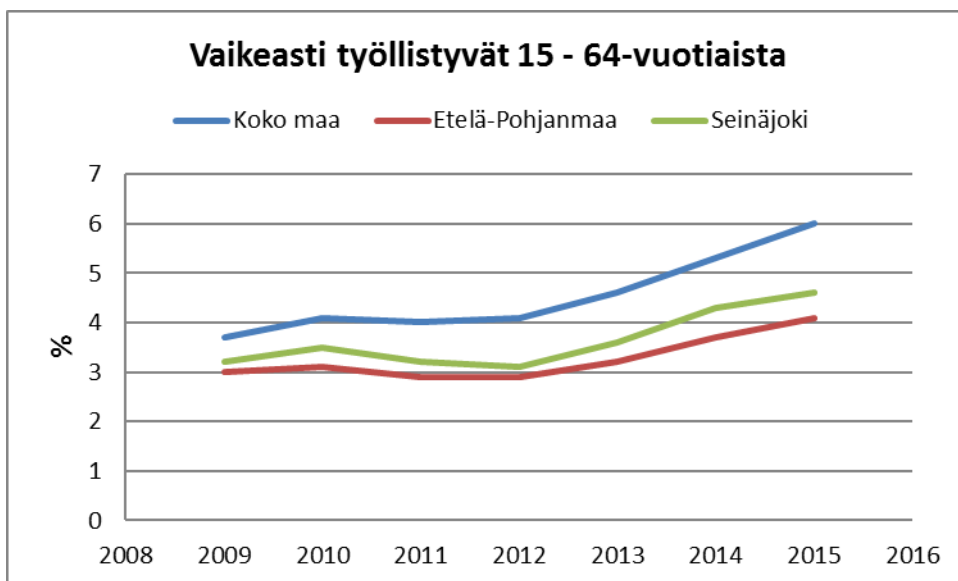
sittain muutamalla prosentilla suuntaan tai toiseen. Tällä hetkellä pitkäaikaistyöttömien henkilöiden määrät ovat hieman lisääntyneet. (Kuvio 27.) Rakennetyöttömyys, eli vaikeasti työllistyvien osuus, on vuoden 2012 jälkeen lisääntynyt niin Suomen, Etelä-Pohjanmaan kuin Seinäjoenkin tasolla. Seinäjoella määrät ovat lisääntyneet vuodesta 2012 vuoteen 2015 on ollut 1,5 %, Etelä-Pohjanmaalla 1,2 % ja koko maassa 1,9 %. Seinäjoella rakennetyöttömyys on yleisempää suhteessa Etelä-Pohjanmaahan mutta vähäisempää suhteessa koko maahan. (Kuvio 28.) Myös nuorisotyöttömyys on lisääntynyt vuodesta 2011 lähtien, kuten kuviosta 29 näkee. Seinäjoella nuorisotyöttömyys on kuuden vuoden aikana lisääntynyt 2,2 %, Etelä-Pohjanmaalla 1,3 % ja koko maassa 3,5 %. Nuorisotyöttömyys on hieman yleisempää Seinäjoella suhteessa Etelä-Pohjanmaahan (vuonna 2015 1,4 %), koko maassa nuorisotyöttömyys on yhtä yleistä kuin Seinäjoella. (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].)



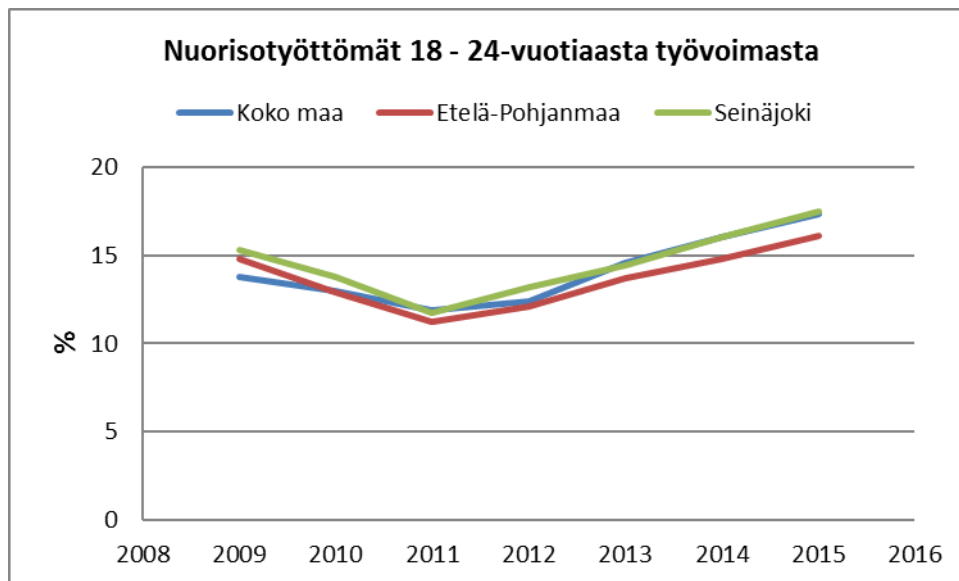
Kuvio 26. Työttömyys työvoimasta (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].)



Kuvio 27. Pitkäaikaistyöttömät työttömistä (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].)



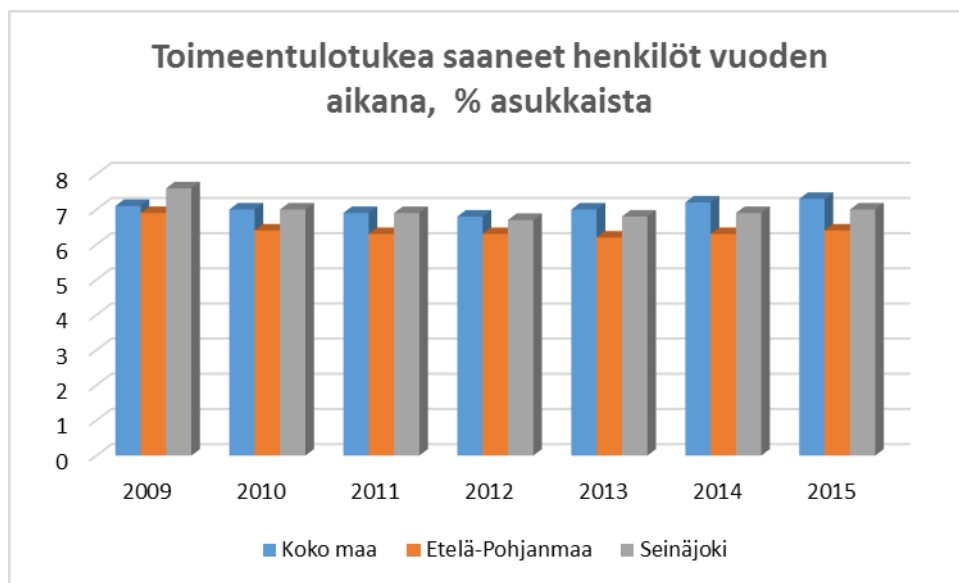
Kuvio 28. Vaikeasti työllistyvät 15–64-vuotiaista (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].)



Kuvio 29. Nuorisotyöttömät 18–24-vuotiaasta työvoimasta (Tilasto ja indikaattori-pankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].)

9.3.13 Toimeentulotukea saaneet henkilöt

Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanetin [viitattu 15.3.2017].) mukaan toimeentulotukea saaneiden henkilöiden määrä on ollut Seinäjoella laskussa vuodesta 2009 vuoteen 2012 saakka, josta se on taas lähtenyt pieneen nousuun ollen vuonna 2015 7,0 prosenttia. Samanlainen kehitys on havaittavissa myös Etelä-Pohjanmaalla ja koko maassa. Etelä-Pohjanmaahan verrattuna Seinäjoella on hieman enemmän toimeentulotukea saavia henkilöitä, mutta muuhun maahan verrattuna hieman vähemmän. Etelä-Pohjanmaalla sai toimeentulotukea vuonna 2015 6,3 prosenttia asukkaista ja koko maassa 7,3 prosenttia. (Kuvio 30.)

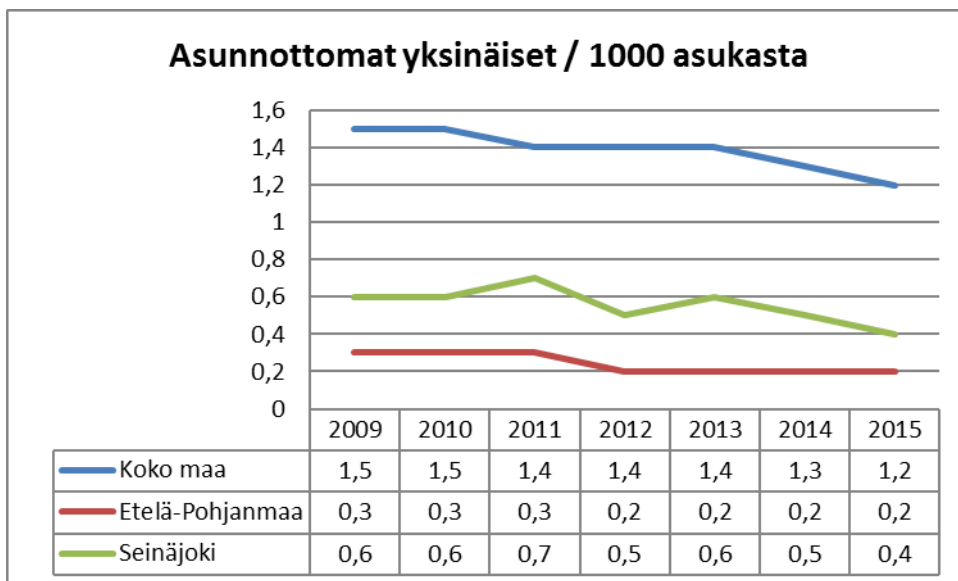


Kuvio 30. Toimeentulotukea saaneet henkilöt vuoden aikana, % asukkaista (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].)

9.3.14 Asunnottomat yksinäiset

Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanetin [viitattu 15.3.2017].) mukaan asunnottomia yksinäisiä on Seinäjoella vähemmän verrattuna koko maan tilanteeseen. Etelä-Pohjanmaahan verrattuna Seinäjoella asunnottomia yksinäisiä on kuitenkin hieman enemmän. Vuonna 2015 asunnottomia yksinäisiä oli Seinäjoella 0,4/1000 asukasta kohden. Samana vuonna koko maassa asunnottomia yksinäisiä oli 1,2/1000 asukasta. Asunnottomien yksinäisten lukumäärä on hieman laskenut kuuden vuoden

aikana. Seinäjoella lasku ei kuitenkaan ole ollut lineaarista, vaan tilanne on vaihdellut vuosittain. (Kuvio 31.)

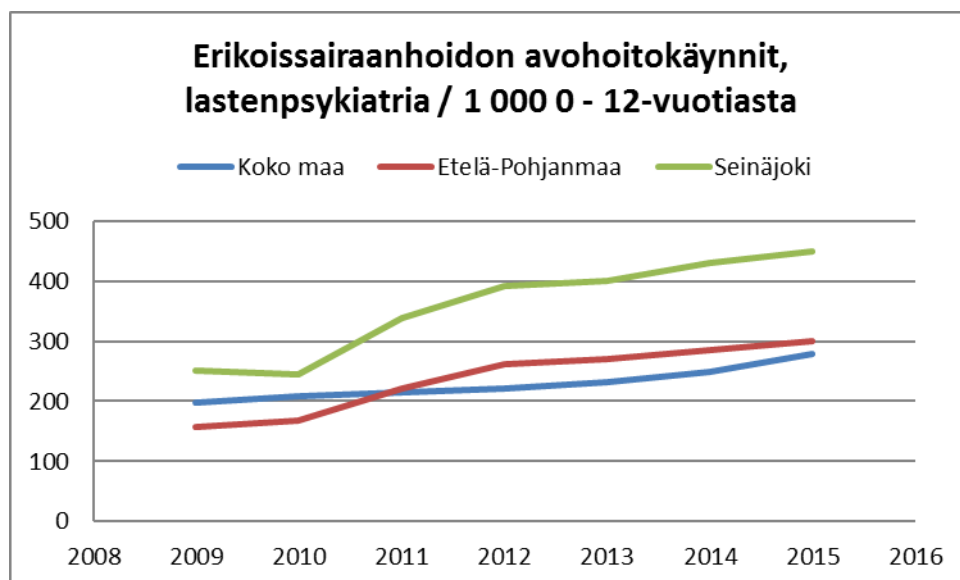


Kuvio 31. Asunnottomat yksinäiset/1000 asukasta (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].)

9.4 Mielenterveyspalvelujen käyttö

9.4.1 Lastenpsykiatrian avohoitokäynnit

Seinäjoella 0-12-vuotiaiden lasten avohoitokäyntejä lastenpsykiatrian erikoissairaanhoidossa on kuuden vuoden aikana ollut suhteessa enemmän kuin muualla maassa tai Etelä-Pohjanmaan maakunnan alueella, kertoo Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet ([viitattu 15.3.2017].). Käynnit ovat myös lisääntyneet vuodesta 2010 lähtien. Vuonna 2015 avohoitokäyntejä lastenpsykiatriaan oli 449,7 1000 lasta kohden, kun vuonna 2010 vastaava luku oli 244,2. Nousua on siis tapahtunut 205,5. Koko maassa käyntejä oli vuonna 2015 279,1 käynti /1000 lasta ja Etelä-Pohjanmaalla 299,4. (Kuvio 32.)

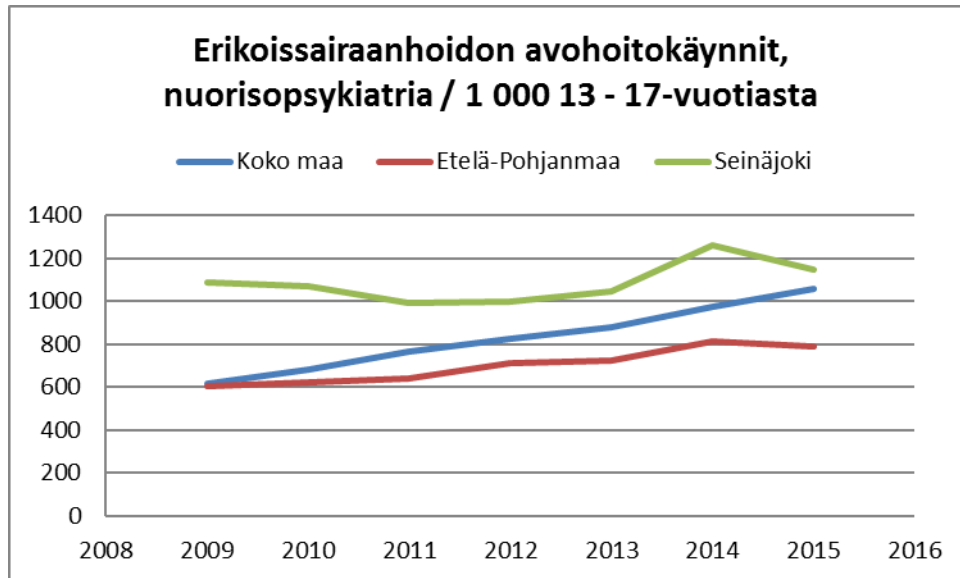


Kuvio 32. Erikoissairaanhoidon avohoitokäynnit lastenpsykiatriassa/1000 0–12-vuotiaista (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].)

9.4.2 Nuorisopsykiatrian avohoitokäynnit

Myös nuorisopsykiatrian avohoitokäynnit ovat Seinäjoella yleisempiä kuin muualla maassa tai Etelä-Pohjanmaan alueella. 13-17 -vuotiaiden nuorten erikoissairaanhoidon avohoitokäyntejä nuorisopsykiatriaan oli vuonna 2015 1147,5/1000 nuorta,

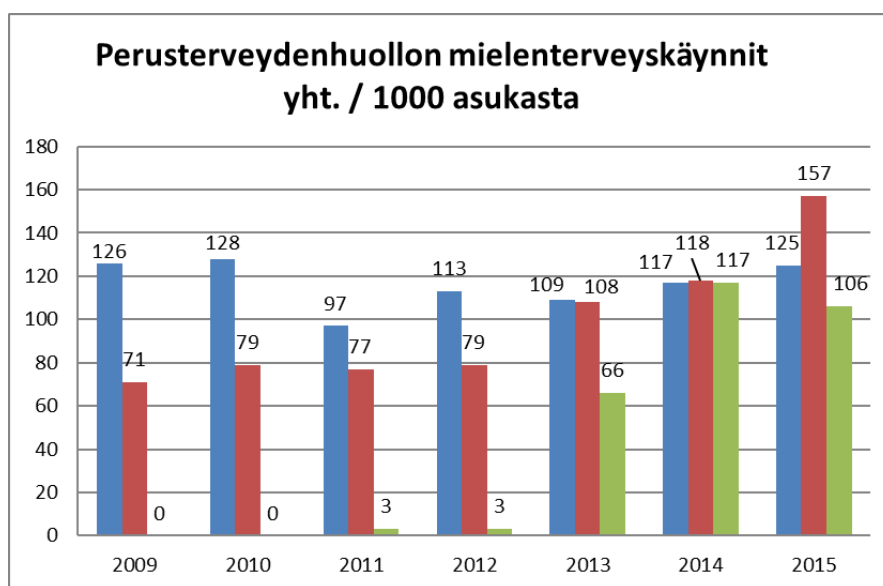
kun vastaava luku koko maassa oli 1057/1000 nuorta ja Etelä-Pohjanmaalla 787,7/1000 nuorta. Lastenpsykiatrian käynteihin verrattuna nuortenpsykiatrian käynnit eivät ole kasvaneet yhtä paljon, vaikka kasvua on niissäkin tapahtunut. (Kuvio 33.) (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].)



Kuvio 33. Erikoissairaanhoidon avohoitokäynnit nuorisopsykiatriassa/1000 13–17-vuotiasta (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].)

9.4.3 Perusterveydenhuollon mielenterveyskäynnit

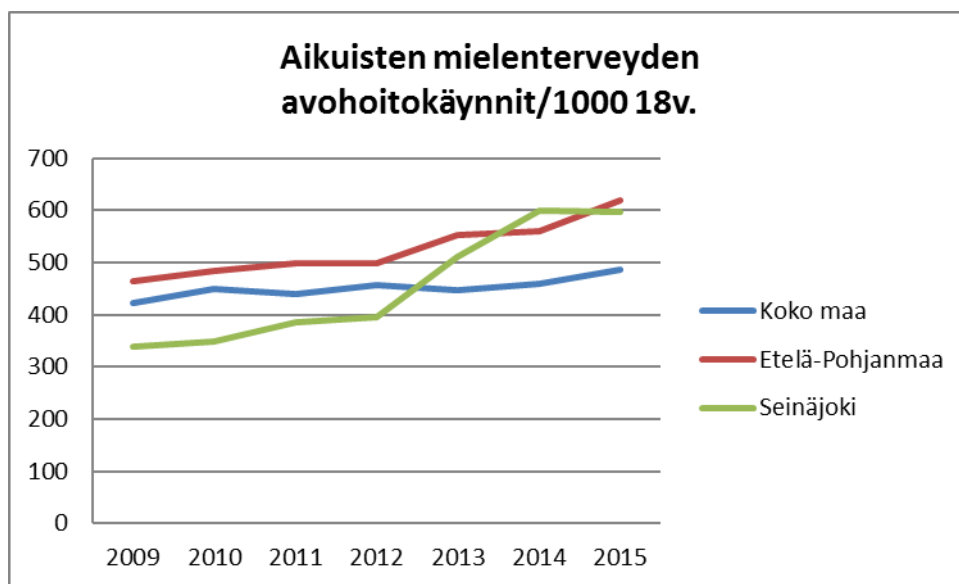
Perusterveydenhuollon mielenterveyskäynnit ovat lisääntyneet viimeisten vuosien aikana Etelä-Pohjanmaalla ja Seinäjoella, kuten kuviosta 34 näkee. Koko maassa perusterveydenhuollon mielenterveyskäyntien määrät ovat vaihdelleet vuosittain. Seinäjoella mielenterveyskäyntejä on suhteessa hieman vähemmän kuin muualla maassa tai muualla Etelä-Pohjanmaalla. Vuonna 2014 käyntejä oli kuitenkin Seinäjoella saman verran kuin maassa keskimäärin. (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].)



Kuvio 34. Perusterveydenhuollon mielenterveyskäynnit yhteensä/1000 asukasta (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].)

9.4.4 Mielenterveyden avohoitokäynnit

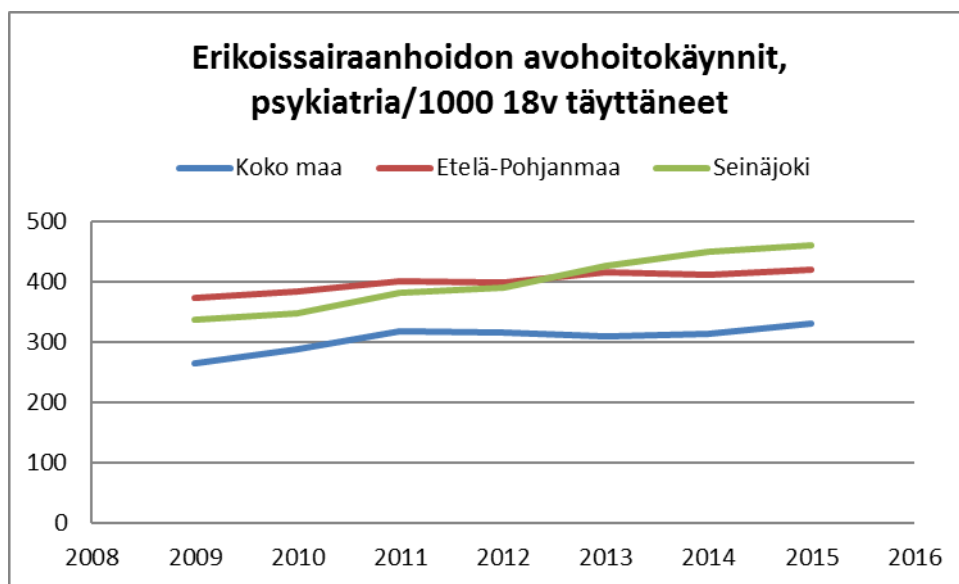
Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].) kertoo Etelä-Pohjanmaalla 18-vuotta täyttäneiden aikuisten käyneen mielenterveyden avohoitokäynneillä enemmän kuin maassa keskimäärin aina vuodesta 2009 vuoteen 2015. Seinäjoella käynnit olivat vuoteen 2012 vähäisempiä kuin koko maassa mutta vuoden 2013 jälkeen avohoitokäyntien määrät ovat huomattavasti lisääntyneet, jonka seurauksena Seinäjoella on vuosina 2013-2015 ollut suhteessa enemmän mielenterveyskäyntejä kuin muualla maassa. (Kuvio 35.)



Kuvio 35. Aikuisten mielenterveyden avohoitokäynnit/1000 yli 18-vuotiaasta väestöstä (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].)

9.4.5 Erikoissairaanhoidon avohoitokäynnit psykiatriassa

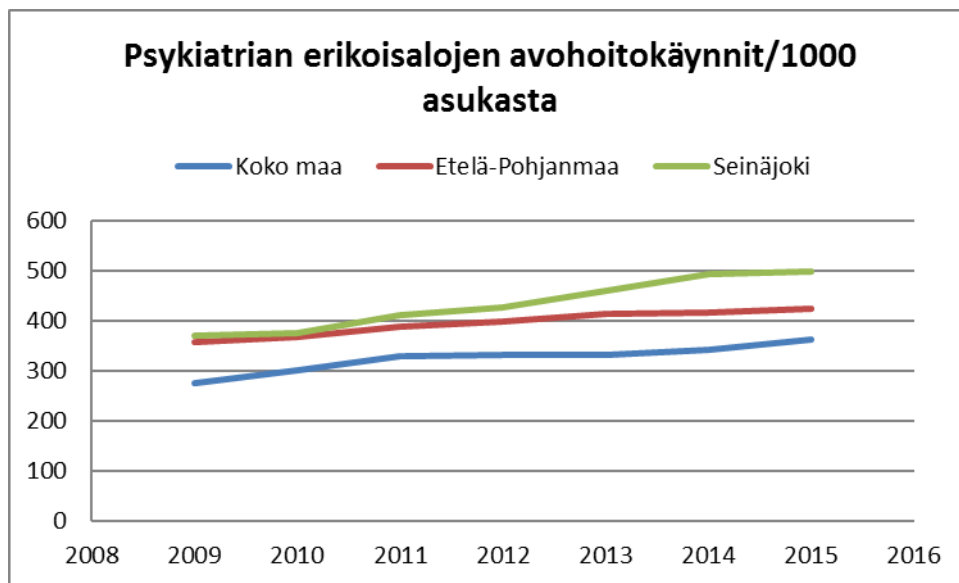
Etelä-Pohjanmaalla ja Seinäjoella 18-vuotta täyttäneiden erikoissairaanhoidon avohoitokäyntejä psykiatrian yksikköön on suhteessa enemmän kuin muualla maassa keskimäärin (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].). Tilastojen mukaan vuosina 2013-2015 Seinäjoella käyntejä on ollut suhteessa enemmän kuin muualla Etelä-Pohjanmaan alueella keskimäärin. Vuonna 2015 Seinäjoella psykiatrian avohoitokäyntejä oli 460,8, Etelä-Pohjanmaalla 421,4 ja koko maassa 330,6. (Kuvio 36.)



Kuvio 36. Erikoissairaanhoidon avohoitokäynnit psykiatriassa/1000 yli 18-vuotiaasta väestöstä (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].)

9.4.6 Psykiatrian erikoisalojen avohoitokäynnit

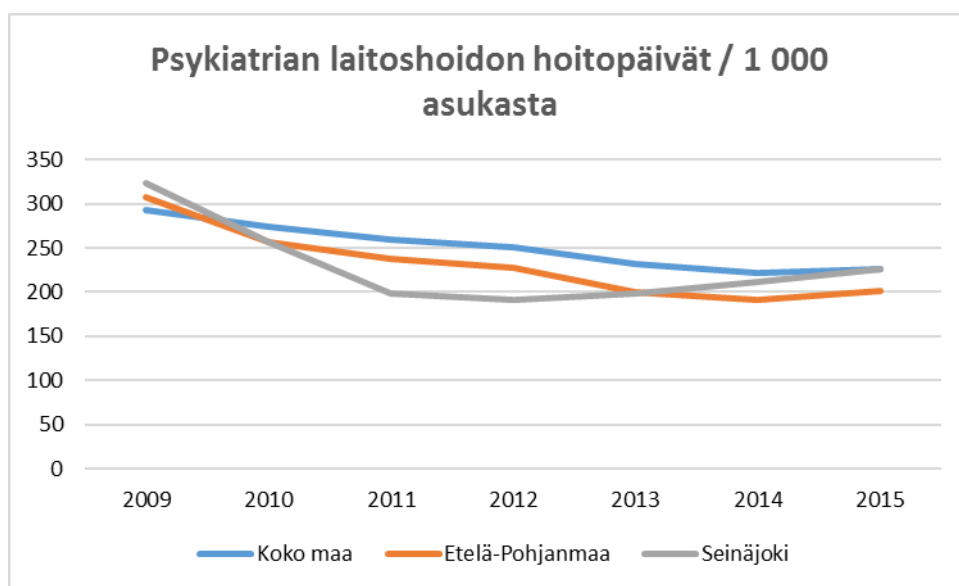
Kuvion 37 mukaan Seinäjoella ja Etelä-Pohjanmaalla psykiatrian erikoisalojen avohoitokäyntejä on suhteessa enemmän kuin muualla maassa keskimäärin. Käynnit ovat hiukan lisääntyneet vuodesta 2009 vuoteen 2015. Vuonna 2015 Seinäjoella psykiatrian erikoisalojen avohoitokäyntejä oli 498 kuin Etelä-Pohjanmaalla niitä oli 424,6 ja koko maassa 362. (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].)



Kuvio 37. Psykiatrian erikoisalojen avohoitokäynnit/1000 asukasta (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].)

9.4.7 Psykiatrian laitoshoidon hoitopäivät

Psykiatrian laitoshoidon hoitopäivien määrä on vähentynyt vuodesta 2009 vuoteen 2012 saakka, josta se on taas lisääntynyt, ollen vuonna 2015 225,6/1000 asukasta. (kuvio 38) Etelä-Pohjanmaalla ja muualla maassa hoitopäivien määrä on vähentynyt vuoteen 2014 saakka, mutta lisääntynyt hieman vuotena 2015. Etelä-Pohjanmaan verrattuna Seinäjoella on ollut 24,6 hoitopäivää enemmän tuhatta asukasta kohden, mutta koko maahan verrattuna 1,2 hoitopäivää vähemmän tuhatta asukasta kohden vuonna 2015. (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].)

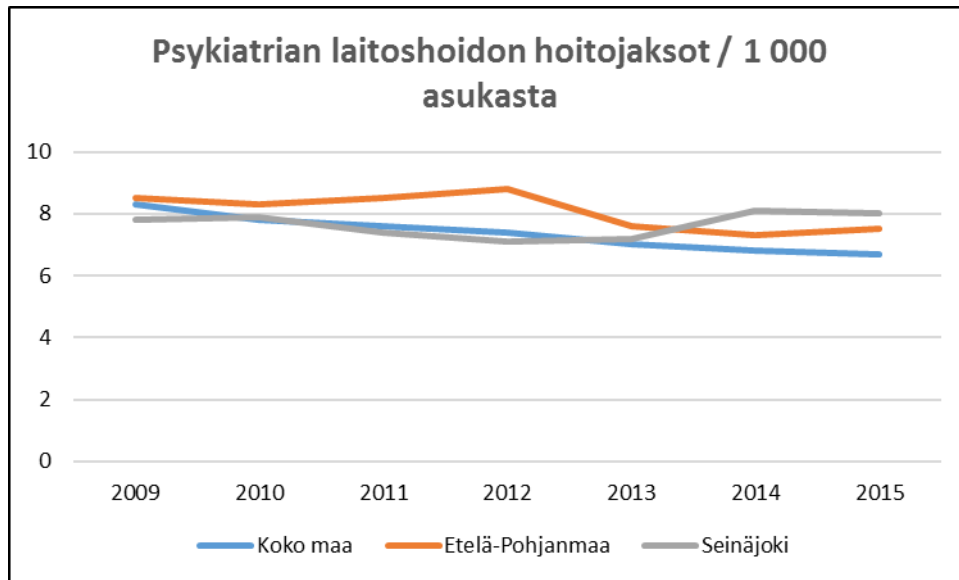


Kuvio 38. Psykiatrian laitoshoidon hoitopäivät/1000 asukasta (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].)

9.4.8 Psykiatrian laitoshoidon hoitojaksot

Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].) kertoo psykiatrian laitoshoidon hoitojaksojen lisääntyneen Seinäjoella vuodesta 2009 vuoteen 2015 0,2 hoitojakson verran tuhatta asukasta kohden. Hoitojaksojen määrä on vaihdellut vuosittain ollen enimmillään 8,1 käyntiä tuhatta asukasta kohden vuonna 2014 ja vähimmillään 7,1 käyntiä tuhatta asukasta kohden vuonna 2012. Myös Etelä-Pohjanmaalla hoitojaksojen määrä on vaihdellut vuosittain, kun taas koko maassa hoito-

jaksot ovat vähentyneet joka vuosi. Etelä-Pohjanmaalla enemmän psykiatrian laitoshoidon hoitojaksoja kuin muualla maassa ja Seinäjoella enemmän kuin Etelä-Pohjamaalla keskimäärin. Vuonna 2015 psykiatrian laitoshoidon hoitojaksoja oli Seinäjoella 8,0, Etelä-Pohjanmaalla 7,5 ja koko maassa 6,7 käyntiä tuhatta asukasta kohden. (Kuvio 39.)



Kuvio 39. Psykiatrian laitoshoidon hoitojaksot/1000 asukasta (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].)

9.5 Mielenterveysongelmat ja niiden seuraukset

9.5.1 Vaikeat psykoosit ja muut vaikeat mielenterveyden häiriöt

Seuraava kuvio (40) kertoo vaikeiden psykoosien ja muiden vaikeiden mielenterveyden häiriöiden vuoksi erikoiskorvattaviin lääkkeisiin oikeutettujen määrän Suomessa, Etelä-Pohjanmaalla ja Seinäjoella. Psykoosilla tarkoitetaan vaikea-asteista mielenterveyden häiriötä. Psykoosin hoitoon määrättävät lääkkeet kuuluvat 100% erityiskorvausryhmään. Indikaattori osoittaa epäsuorasti vaikean mielenterveysongelmaisuuksien määrän. On otettava kuitenkin huomioon, että osa psykoosipotilaista on pitkäaikaisessa laitoshoidossa eikä sen vuoksi välttämättä sairausvakuutuksen tuen piirissä. (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].)

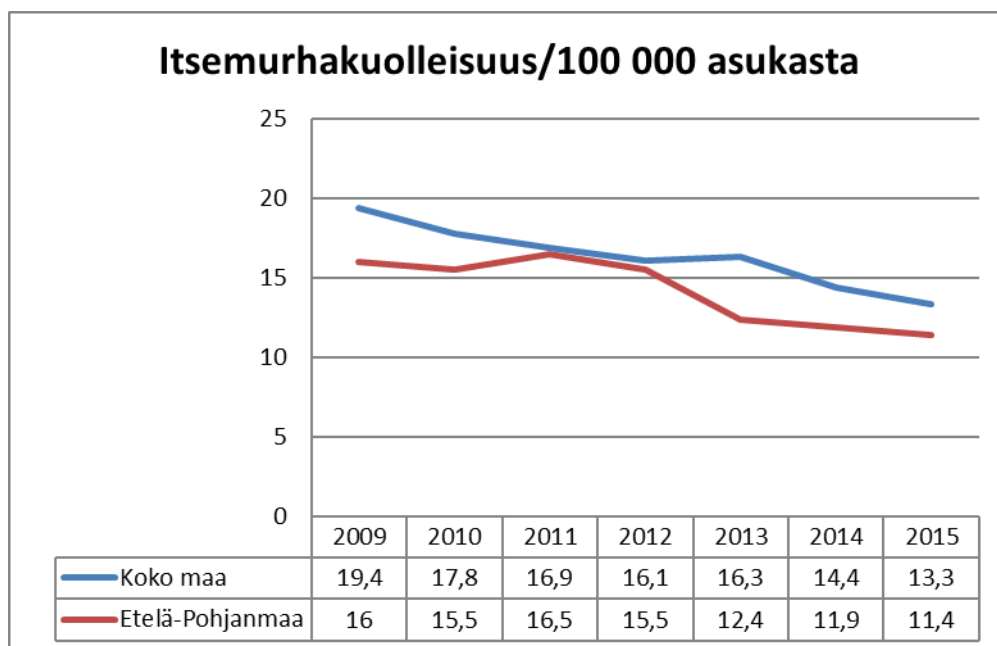
Erityiskorvattaviin lääkkeisiin psykoosin vuoksi oikeutettujen prosentuaalinen määrä on pysynyt kuuden vuoden ajan samana. Seinäjoella prosentuaalinen määrä on täysin sama kuin koko maassa, 1,8 % mutta Etelä-Pohjanmaalla määrä on huomattavasti suurempi 2,1%.



Kuvio 40. Erityiskorvattaviin lääkkeisiin psykoosin vuoksi oikeutettuja, % väestöstä (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].)

9.5.2 Itsemurhakuolleisuus

Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanetin [viitattu 15.3.2017].) mukaan Etelä-Pohjanmaalla itsemurhakuolleisuus on hieman harvinaisempaa kuin muualla maassa. Vuonna 2015 itsemurhaan kuoli Etelä-Pohjanmaalla 11,4 henkilöä/100 000 asukasta, kun vastaava luku koko maassa oli 13,3 henkilöä/100 000. Itsemurhakuolleisuus on ollut laskussa niin koko maassa kuin Etelä-Pohjanmaallakin. Etelä-Pohjanmaalla laskua on kuudessa vuodessa tapahtunut 4,6 ja koko maassa 6,1 tapauksen verran 100 000:sta. (Kuvio 41.)

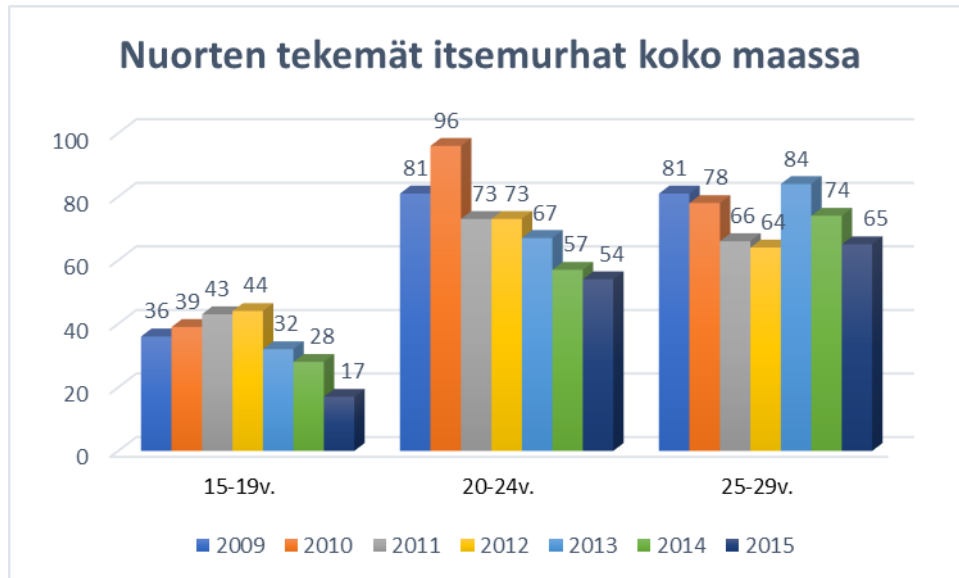


Kuvio 41. Itsemurhakuolleisuus/100 000 asukasta (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].)

9.5.3 Nuorten itsemurhakuolleisuus

Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanetin [viitattu 15.3.2017].) mukaan nuorten itsemurhakuolleisuus on harvinaisempaa 15-19 -vuotiailla kuin 20-29 -vuotiailla nuorilla. Vuoteen 2012 saakka itsemurhan tehneistä nuorista suurin osa oli 20-24 -vuotiaita mutta vuosina 2013-2015 eniten itsemurhia tekivät 25-29 -vuotiaat nuoret. Nuorten tekemät itsemurhat ovat olleet laskussa viimeisten vuosien aikana. Eniten laskua on tapahtunut 20-24 -vuotiaiden joukossa, jossa huippuvuodesta 2010 vuoteen 2015 laskua tapahtui 42 tapauksen verran. Muiden ikäryhmien muutokset eivät ole

olleet yhtä lineaarisia mutta itsemurhat ovat vähentyneet kuuden vuoden aikana 15-19 -vuotiailla 19 tapauksen verran ja 25-29 -vuotiailla 16 tapauksen verran. (Kuvio 42.)

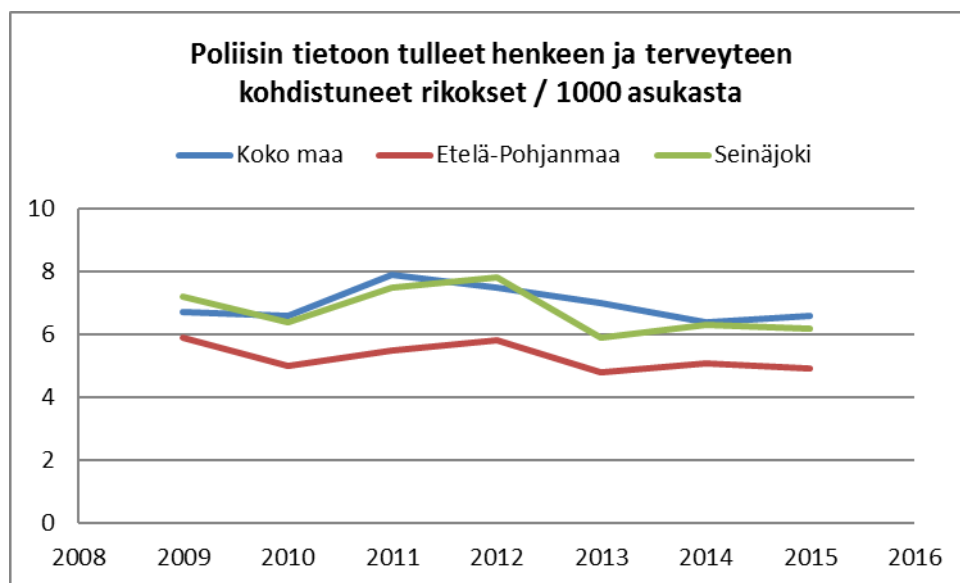


Kuvio 42. Nuorten tekemät itsemurhat koko maassa (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].)

9.6 Rikollisuus

9.6.1 Henkeen ja terveyteen kohdistuneet rikokset

Seinäjoella poliisin tietoon tulleita henkeen ja terveyteen kohdistuneita rikoksia oli vuonna 2015 6,2 tapausta 1000 asukasta kohden. Vastaava luku koko maassa oli 6,6 tapausta ja Etelä-Pohjanmaalla 4,9 tapausta. Kuten kuvio 42 kertoo, Seinäjoella muutos vuodesta 2009 vuoteen 2015 oli yhden tapauksen verran vähemmän (–1). Seinäjoella tehdään lähes yhtä paljon henkeen ja terveyteen kohdistuneita rikoksia kuin muualla maassakin. Seinäjoella tehdään kuitenkin enemmän kyseisiä rikoksia kuin Etelä-Pohjanmaalla yleensä. (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].)

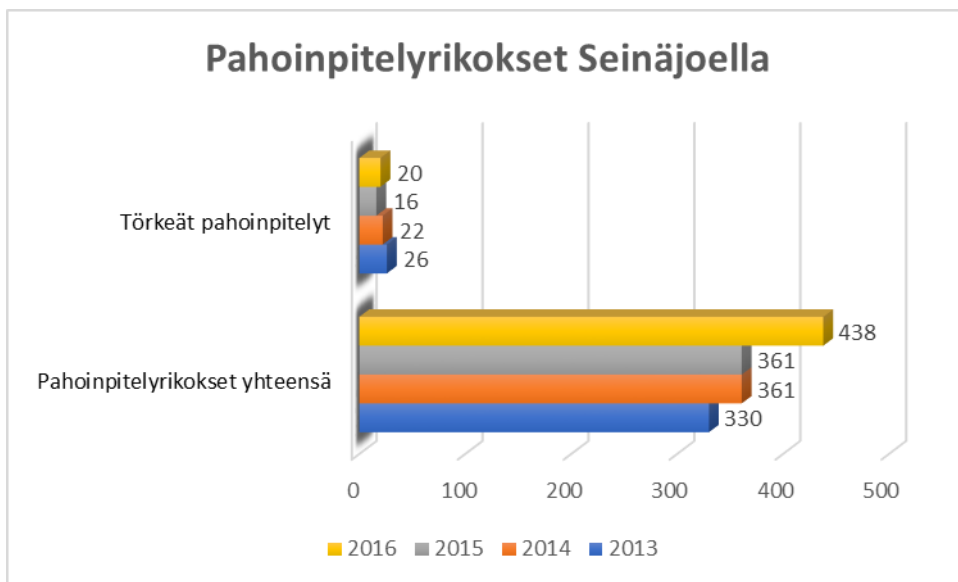


Kuvio 43. Poliisin tietoon tulleet henkeen ja terveyteen kohdistuneet rikokset/1000 asukasta (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].)

9.6.2 Pahoinpitelyrikokset

Seinäjoen poliisin tilastojen (2016) mukaan pahoinpitelyrikokset ovat lisääntyneet Seinäjoella vuodesta 2013 vuoteen 2015 108 tapauksen verran. Vuonna 2015 pahoinpitelyrikoksia oli Seinäjoella 438 tapausta. Näistä 438:sta tapauksesta 20 ta-

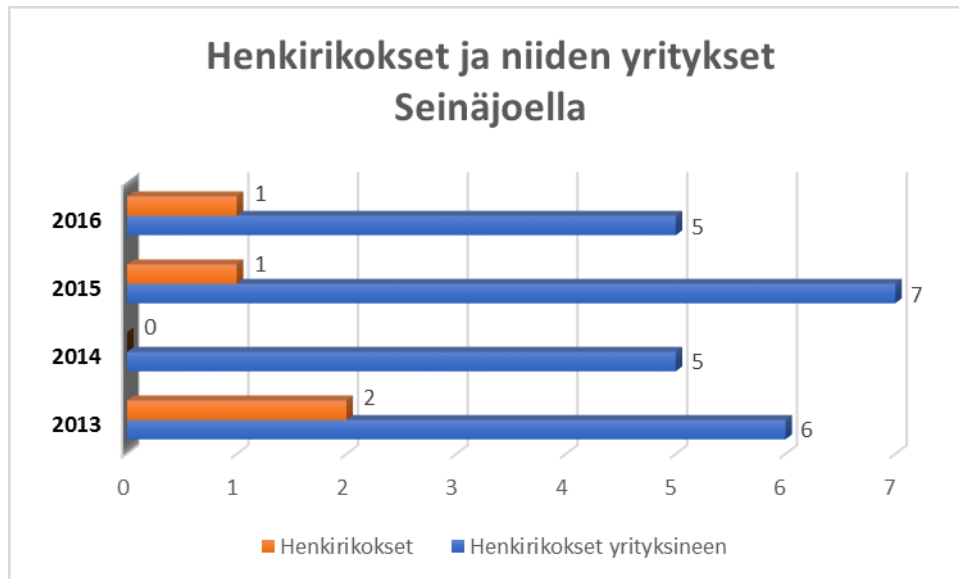
pausta oli törkeää. Vaikka pahoinpitelyrikokset ovat Seinäjoella lisääntyneet viimeisten vuosien aikana, ovat törkeät pahoinpitelyrikokset kuitenkin vähentyneet, kolmen vuoden aikana kuudella tapauksella. (Kuvio 44.)



Kuvio 44. Pahoinpitelyrikokset Seinäjoella (Seinäjoen poliisin tilastot 2016.).

9.6.3 Henkirikokset

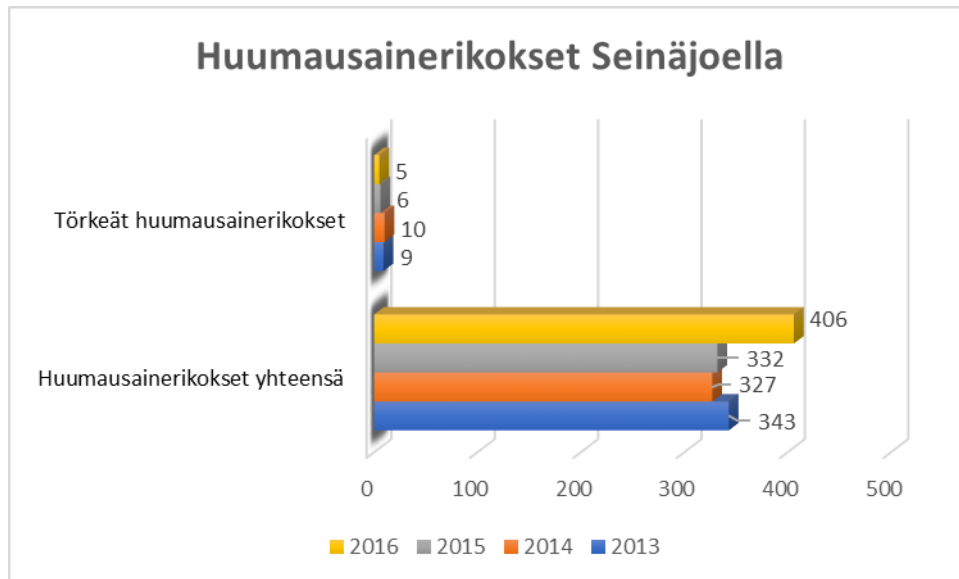
Henkirikosten ja niiden yritysten määrä on vaihdellut Seinäjoen poliisin tilastojen (2016) mukaan neljän vuoden aikana hieman. Enimmillään vuonna 2015 henkirikoksia yrityksineen oli Seinäjoella 7 tapauksen verran. Henkirikoksia tehtiin eniten vuonna 2013. Kolmen vuoden aikana henkirikokset yrityksineen ovat Seinäjoella vähentyneet yhdellä tapauksella, samoin henkirikokset. (Kuvio 45.)



Kuvio 45. Henkirikokset ja niiden yritykset Seinäjoella (Seinäjoen poliisin tilastot 2016.).

9.6.4 Huumausainerikokset

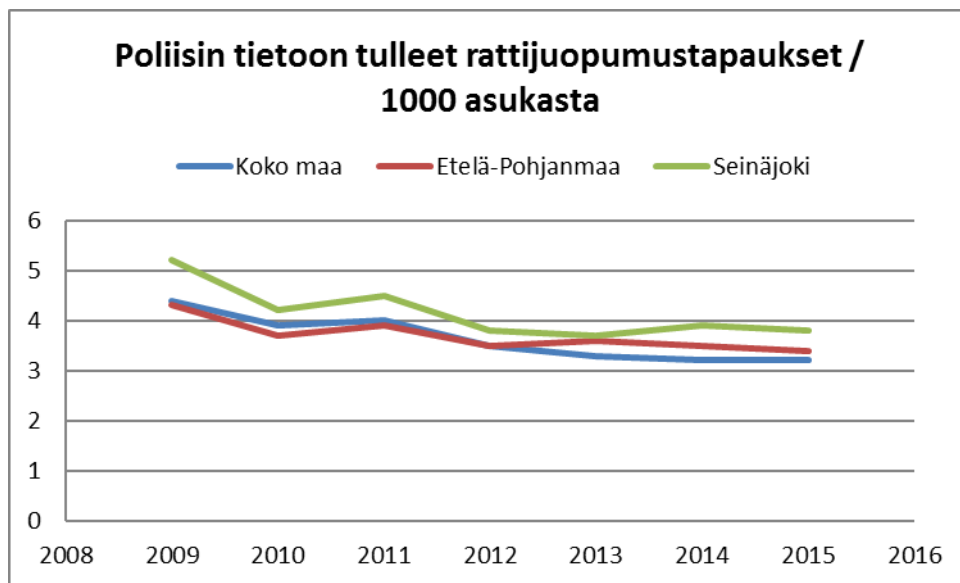
Huumausainerikokset ovat yleistyneet Seinäjoella vuodesta 2013 vuoteen 2016 mennessä 63 tapauksella, kuten kuvio 46 kertoo. Vuonna 2016 huumausainerikoksia tehtiin 406 kappaletta, joista 5 oli törkeää huumausainerikosta. Törkeät huumausainerikokset ovat kolmen vuoden aikana hieman vähentyneet, 4 tapauksen verran. (Seinäjoen poliisin tilastot 2016)



Kuvio 46. Huumausainerikokset Seinäjoella (Seinäjoen poliisin tilastot 2016.).

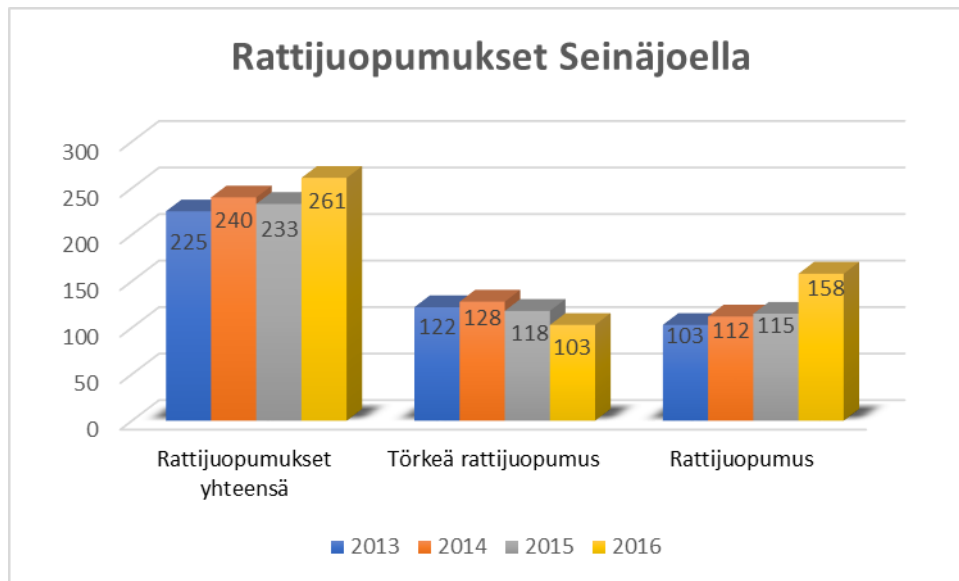
9.6.5 Rattijuopumukset

Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanetin [viitattu 15.3.2017].) mukaan Seinäjoella poliisin tietoon tulleita rattijuopumustapauksia oli vuonna 2015 3,8 tapausta 1000 asukasta kohden. Tämä on 1,4 tapausta vähemmän kuin kuusi vuotta aiemmin vuonna 2009. Koko maassa rattijuopumustapauksia oli vuonna 2015 3,2/1000 asukasta, mikä on 0,6 tapausta vähemmän kuin Seinäjoella. Etelä-Pohjanmaan vastaava luku on 3,4, eli 0,4 tapausta vähemmän kuin Seinäjoella. (Kuvio 47.)



Kuvio 47. Poliisin tietoon tulleet rattijuopumustapaukset/1000 asukasta (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet [viitattu 15.3.2017].)

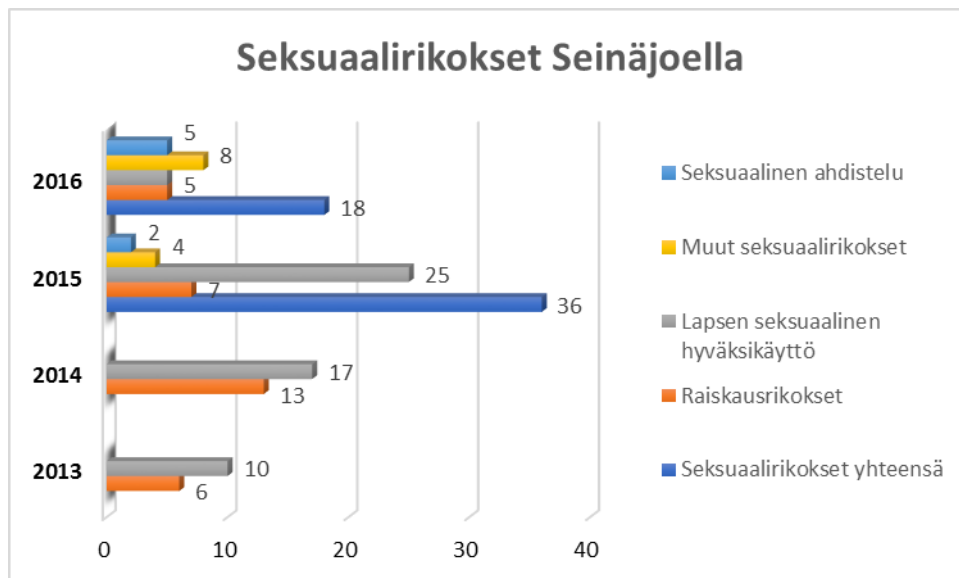
Rattijuopumukset ovat yleistyneet Seinäjoella vuodesta 2013 vuoteen 2016 36:lla tapauksella. (Kuvio 48) Vuoden 2016 261:sta rattijuopumustapauksesta 103 oli törkeää, eli 39,5 % kaikista rattijuopumuksista Seinäjoella. Törkeiden rattijuopumusten määrä kaikista rattijuopumuksista on vähentynyt 14,7 %:lla vuosien 2013-2016 aikana. (Seinäjoen poliisin tilastot 2016.)



Kuvio 48. Rattijuopumukset Seinäjoella (Seinäjoen poliisin tilastot 2016.).

9.6.6 Seksuaalirikokset

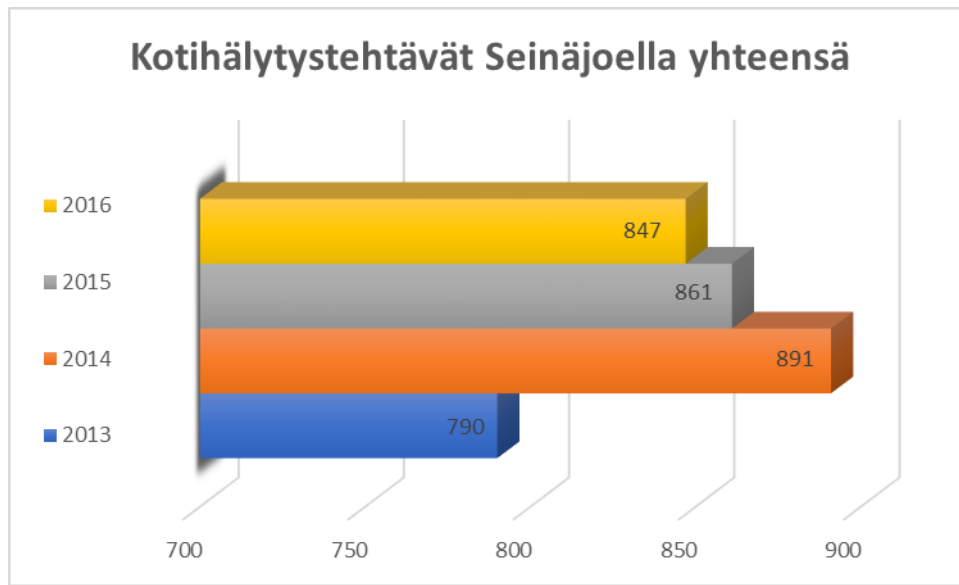
Seksuaalirikokset ovat vähentyneet 50 % Seinäjoella vuodesta 2015 vuoteen 2016, kertoo Seinäjoen poliisin tilastot (2016). Tilastojen mukaan vuonna 2015 lapsen seksuaalista hyväksikäyttöä tapahtui Seinäjoella hälyttävän paljon, 25 tapausta kun se aiempina vuosina oli ollut seitsemäntoista (17) ja kuusi (6) tapausta. Viime vuonna (2016) lapsen seksuaalista hyväksikäyttöä tilastoitiin viisi (5) tapausta, eli laskua edellisestä vuodesta oli huimat kahdenkymmenen (20) tapauksen verran. Raiskausrikoksia tilastoitiin eniten vuonna 2014, jolloin tapauksia oli kolmetoista (13). Tästä vuodesta raiskausrikokset ovat vähentyneet kahdeksalla (8) tapauksella vuoteen 2016. Seksuaalinen ahdistelu ja muut seksuaalirikokset ovat hieman yleistyneet vuosina 2015-2016. (Kuvio 49.)



Kuvio 49. Seksuaalirikokset Seinäjoella (Seinäjoen poliisin tilastot 2016.).

9.6.7 Kotihälytykset

Kotihälytystehtävät ovat Seinäjoella vähentyneet 44 tapauksen verran vuosina 2014-2016. Vuonna 2013 kotihälytystehtäviä oli kuitenkin vähemmän, 790 tapauksen verran, kun taas vuonna 2016 tapauksia oli 847, kuten kuviosta 50 näkee. (Seinäjoen poliisin tilastot 2016.)



Kuvio 50. Kotihälytystehtävät Seinäjoella (Seinäjoen poliisin tilastot 2016.).

10 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tässä kappaleessa esittelen merkittävimmät tutkimustulokset ja pyrin vastaamaan mahdollisimman hyvin tutkimuskysymyksiin, joita ovat seuraavat: Ovatko Seinäjoen asukkaiden sosiaaliset ongelmat lisääntyneet, vähentyneet vai pysyneet samana viimeisten seitsemän vuoden aikana? Onko Seinäjoen asukkaiden mielenterveys parantunut, heikentynyt vai pysynyt samana viimeisten seitsemän vuoden aikana? Millainen Seinäjoen tilanne on edellä mainittujen asioiden osalta verrattuna Etelä-Pohjanmaahan ja koko Suomeen?

10.1 Seinäjoen asukkaiden sosiaaliset ongelmat, eli päihteiden käyttö, pelaaminen ja rikollisuus

Sosiaalisista ongelmista tarkastelen erityisesti päihteitä, rikollisuutta ja rahapelien pelaamista. Tutkimuksessa kävi ilmi, että alkoholin käyttö ja tupakointi ovat nuorison keskuudessa hieman vähentyneet, mutta vastaavasti nuuskan käyttö ja huumekeilut ovat lisääntyneet. Huumekeilujen lisääntyminen on todennäköisesti seurausta viimeisten vuosien aikana tapahtuneesta kannabiksen käytön yleistymisestä ja kannabis myönteisyydestä. Kuten terveyden ja hyvinvoinnin laitoskin (40/2009, 125–126) kertoo, on kannabiksen kotikasvatus lisääntynyt. Kuulopuheiden mukaan myös nuoret kasvattavat kannabista kotona omaan sekä kavereiden käyttöön. Alkoholin käytön väheneminen kertonee nykynuorison trendisuuntauksesta, jossa on coolimpaa olla selvinpäin kuin joka viikonloppu kännissä (Ehkäisevä päihdetyö EHYT 2017 [viitattu 27.9.2017]). Päihteettömyyden ihannointi on todella hieno asia, sillä kuten Hietaharju ja Nuuttila (2016, 211-2012) ovat todenneet, on alkoholin käyttö alaikäiselle aina riski. He kertovat jo viiden annoksen aiheuttavan mahdollisesti pysyviä vaurioita alaikäisen aivoihin. Lisäksi varhain aloitettu päihteidenkäyttö tuhoaa aivojen mielihyvakeskuksen, mikä altistaa yhä runsaammalle päihteidenkäytölle, mielenterveyden häiriöille sekä syrjäytymiselle. Tupakointi on hieman vähentynyt, mutta tilalle on tullut nuuskan käyttö. Siirtymä tupakanpoltosta nuuskan käyttöön näyttää tapahtuvat ensin isoimmissa kaupungeissa, josta trendi sitten kulkeutuu pienemmille paikkakunnille kuten Seinäjoelle ja siitä muihin Etelä-Pohjanmaan

kuntiin. Samanlainen kehitys on havaittavissa myös alkoholin ja huumekekeilujen kohdalla.

Tupakanpoltto on vähentynyt Seinäjoella myös koko väestön keskuudessa. Tupakanpoltto on vähentynyt enemmän Seinäjoella kuin Etelä-Pohjanmaalla tai koko Suomessa. Liekö tämä seurausta valtakunnallisesta tupakanpolton vastaisesta kampanjasta ja ”Paras savuton työpaikka 2015-kilpailusta”, jossa Seinäjoki sijoittui toiseksi. Seinäjoen kaupunki on toteuttanut savuttomuutta laaja-alaisesti, moniammatillisesti ja pitkäjänteisesti ja on ollut savuton työpaikka vuodesta 2011 asti. (Seinäjoen sanomat 5.5.2015). Alkoholin liikakäyttö taas on noussut Seinäjoella, mutta vähentynyt Etelä-Pohjanmaalla ja koko Suomessa. Tutkimuksen mukaan Seinäjoella tapahtuu myös enemmän päihtyneiden säilöönottoja ja rattijuopumuksia kuin vertailukohteissa. Tulokset voivat kertoa päihteiden suuremmista käyttömääristä tai Seinäjoen hyvistä viranomaisresursseista ja alkoholin käytön toimivasta seurannasta. Päihteiden käyttö on siis joltain osin vähentynyt, kun taas joltain osin lisääntynyt. Tupakanpolton vähentämiseen on keskitytty viime aikoina ja se näyttää tuottaneen tulosta. Alkoholin sanotaan olevan suomalaisten kansanjuoma. Tämän tutkimuksen mukaan alkoholin käyttö on Seinäjoella lisääntynyt, mutta vertailukohteissa vähentynyt. Mielenkiintoista olisi nähdä, mihin suuntaan alkoholin käyttö Seinäjoella kehittyy seuraavina vuosina ja onko alkoholin käyttömäärillä vaikutusta päihtyneiden säilöönottoihin tai rattijuopumuksiin. Jotta suomalaisten alkoholin käyttö ja päihteiden mukanaan tuomat haitat saataisiin vähenemään, tulisi puuttua erityisesti asenteisiin ja nähdä päihdeongelmien taustalla olevat asiat ja kokonaistilanne. Ehkäisevään työhön tulisi erityisesti keskittyä päihdehaittoja minimoidessa.

Nuorten rahapelien pelaaminen on vähentynyt niin koko maassa, Etelä-Pohjanmaalla kuin Seinäjoellakin. Nuorten vähentyneeseen pelaamiseen vaikuttaa todennäköisesti vuonna 2011 voimaan tullut lakimuutos, joka kieltää rahapelien pelaamisen alle kahdeksantoistavuotiailta (Yle urheilu 29.9.2010). Tämä oli tärkeä uudistus, sillä tutkimusten mukaan pelaamisesta muodostuu ongelma sitä suuremmalla todennäköisyydellä, mitä aiemmin pelaaminen aloitetaan (Problem gambling in youth - a hidden addiction 2005, 1, 6). Viimeisimmän tiedon mukaan nuoret pelaavat Seinäjoella hieman enemmän rahapelejä kuin vertailukohteissa. Tätäkin olisi mielenkiintoista tutkia myöhemmin lisää.

Rikollisuus on yleisesti ottaen hieman lisääntynyt Seinäjoella viimeisten vuosien aikana. Tilastojen mukaan seksuaalirikokset ovat hieman vähentyneet, mutta sen sijaan rattijuopumukset, pahoinpitelyrikokset sekä huumausainerikokset ovat lisääntyneet. Rattijuopumuksia on myös tilastoitu hieman enemmän Seinäjoella kuin vertailukohteissa.

10.2 Seinäjoen asukkaiden mielenterveys

Nuorten koulu-uupumus on lisääntynyt niin Seinäjoella kuin Etelä-Pohjanmaalla ja koko Suomessa. Koulu-uupumus oli vuonna 2009 harvinaisempaa Seinäjoella kuin vertailukohteissa, mutta vuonna 2013 yleisempää. Tämä on mielenkiintoinen muutos, jolle ei löydy selittävää tekijää. Olisi mielenkiintoista tietää, millaiselta tilanne näyttää tällä hetkellä. Onko tilanne jatkunut samanlaisena vai oliko vuoden 2013 tilanne Seinäjoella poikkeava? Myös huostassa vuoden aikana olleiden määrä on noussut Seinäjoella ja vuonna 2015 huostassa olleita oli Seinäjoella yhtä paljon kuin koko maassa keskimäärin. Etelä-Pohjanmaalla samanlaista kehitystä ei ole havaittavissa. Seinäjoki on Etelä-Pohjanmaan suurin kaupunki ja voi olla, että Seinäjoella on enemmän ongelmia kuin muissa Etelä-Pohjanmaan kunnissa. Voi kuitenkin olla niinkin, että Seinäjoella on paremmat resurssit puuttua ongelmiin. Monesti isommat kaupungit ovat edelläkävijöitä muutoksille ja kehitykselle.

Lastenpsykiatrian ja nuortenpsykiatrian avohoitokäynneillä käy Seinäjoella enemmän asiakkaita kuin Etelä-Pohjanmaalla tai koko maassa. Lisäksi Etelä-Pohjanmaalla asiakkaita on enemmän kuin koko maassa. Uskoisin tämän kertovan hyvästä palvelujärjestelmästä Seinäjoella ja Etelä-Pohjanmaalla, jossa apua tarvitsevat ohjautuvat helpommin avun piiriin. Myös erikoissairaanhoidon avohoitokäynnit psykiatriassa ovat Etelä-Pohjanmaalla ja Seinäjoella yleisempiä kuin koko maassa ja viimeisimmän tilaston mukaan Seinäjoella yleisempää kuin Etelä-Pohjanmaalla, vaikkakin tilastotiedot ovat vaihdelleet eri vuosina. Kuten tämän opinnäytetyön teoriaosuudessa kerrottiin, ovat mielenterveyden häiriöt suurin kansansairaus Suomessa ja johonkin mielenterveyden häiriöön sairastuu joka viides suomalainen (Lahti 2003. 90; Hietaharju ja Nuuttila 2016, 16, 98). Ei siis ole yllätys, että mielenterveyspalvelujen käyttö on viime vuosien aikana lisääntynyt.

11 POHDINTA

Tässä kappaleessa pohdin opinnäytetyötutkimukseni eettisyyttä, luotettavuutta ja pätevyyttä. Lisäksi kuvaan opinnäytetyöprosessini kulkua ja siinä esille tulleita huomioita sekä kerron omia ajatuksiani opinnäytetyön tekemisestä. Kerron lyhyesti myös omasta ammatillisesta kasvustani, jonka tämä prosessi on mukanaan tuonut.

11.1 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen pätevyys, eli validiteetti, ja luotettavuus, eli reliabiliteetti muodostavat yhdessä mittarin kokonaisluotettavuuden. Tutkimuksen kokonaisluotettavuus on hyvä, kun otos edustaa perusjoukkoa ja mittaamisessa on mahdollisimman vähän satunnaisuutta. Pätevyydellä tarkoitetaan tutkimusmenetelmän kykyä mitata sitä, mitä on tarkoituskin mitata. Luotettavuudella taas tarkoitetaan tulosten tarkkuutta, eli kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia ja sitä, että tutkimus on toistettavissa, vaikka tutkija vaihtuisi. (Vilkkä 2005, 161-162) Tämän tutkimuksen validiteetti on hyvä, sillä tutkimustulokset vastaavat tutkimuskysymyksiin ja näin tutkimus mittaa sitä, mitä sen on tarkoituskin mitata. Olen pyrkinyt olemaan todella huolellinen tutkimuksen aineiston kokoamisessa niin, että tutkimus on tarkka ja toinen tutkija saisi samanlaiset tulokset kuin minäkin. Näin myös tutkimuksen reliabiliteetti on hyvä.

Tutkimuksen eettisyyteen kuuluu muun muassa yksityisyyden suoja (Kuula 2011, 75). Tässä tutkimuksessa yksityisyys on taattu, sillä käyttämäni valmiit aineistot ovat sellaisessa muodossa, mikä todentaa sen, ettei tutkimustuloksia voi yhdistää kenenkään henkilöön. Aineisto on lisäksi niin laaja, että siitä olisi mahdotonta tunnistaa ketään, varsinkaan, kun tarkoituksena on löytää vastauksia kysymyksiin, kuinka yleistä jokin asia on tai kuinka paljon jotain ilmiötä esiintyy. Opinnäytetyön ja opinnäytetyötutkimuksen eettisyydestä kertoo myös se, että olen pyrkinyt merkitsemään tekstiin selkeästi, milloin olen tukeutunut lähteisiin ja milloin teksti on omaa mielipidettäni. Olen merkinnyt kaikki käyttämäni lähteet sekä tekstiin että lähdeluetteloon ja näin kunnioittanut lähdekirjallisuutena käyttämieni aineistojen tekijänoikeuksia.

11.2 Opinnäytetyöprosessin kuvaus ja ammatillinen kasvu

Opinnäytetyön aiheen valinta tuntui minusta aluksi todella haastavalta ja pyörittelin pitkään mielessäni erilaisia aiheita muun muassa työhyvinvoinnista ja ihmisen voimaantumisesta. En kuitenkaan tuntunut saavan näistä aiheista otetta, ja opinnäytetyösuunnitelman teko venyi ja venyi. Aloittaessani vuoden 2017 alussa toiminnan organisoimisen, johtamisen ja kehittämisen menetelmät -harjoittelun Terveiden ja hyvinvoinnin edistämisen yksikössä, sain harjoitteluni ohjaajalta pyynnön tuottaa selvityksen Seinäjoen mielenterveyden ja päihteiden käytön tilanteesta vuosina 2009-2016. Tämä oli samalla harjoitteluuni kuuluva itsenäinen tehtävä, jota sain työstää niinä aikoina, kun ohjaajallani oli muuta kiireellistä tehtävää. Tästä sain idean myös opinnäytetyölleni. Selvitys olisi opinnäytetyöni tutkimusosio ja teoriaosuuden kokonais selvityksessä esillä olleiden aihealueiden ja indikaattoreiden pohjalta.

Opinnäytetyöni tutkimusosio valmistui kevään 2017 aikana ja esittelin tutkimustuloksia toukokuussa Seinäjoen ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön monialaisen työryhmän kokouksessa. Kevään opinnäytetyöseminaarissa esittelin myös opinnäytetyösuunnitelmani ja aihe katsottiin soveltuvaksi opinnäytetyön tekoon. Loppukesästä aloin kirjoittaa opinnäytetyöni teoriaosuutta sekä tutkimuksen johtopäätöksiä. Kirjoittamisprosessi on edennyt vaihtelevasti, välillä todella nopeaan tahtiin ja välillä paikoillaan junnaten. Lopputulokseen olen kuitenkin tyytyväinen ja iloinen siitä, että opinnäytetyö ja sen myötä sosionomi (AMK) opintoni lähenevät loppuaan. Opinnäytetyö on ollut pitkä ja syventymistä vaativa prosessi, ja vaikka se on välillä tuottanut päänsäivä, se on kuitenkin loppujen lopuksi ollut mukavaa puuhaa.

Valitsin vaihtoehdon tehdä opinnäytetyöni itsenäisesti, sillä koen sen minulle luontevammaksi tavaksi työskennellä. Itsenäisesti työskennellessä on itse vastuussa työn etenemisestä, eikä aikatauluja tarvitse sovitella kenenkään muun kanssa. Näin työstä tulee myös juuri sellainen, kuin itse haluaa ja kuinka on asian ajatellut. Opinnäytetyötutkimukseni on myös sen laatuinen, että olisi todennäköisesti ollut hankalaa toteuttaa se yhdessä jonkun kanssa. Opinnäytetyöprosessin matkalle on mahdunut kuitenkin myös epätoivon hetkiä, jolloin olisin kaivannut vertaistukea ja toisen ihmisen ”tsemppausta”, jotta prosessi olisi jatkunut sujuvammin. Uskon kuitenkin, että opinnäytetyöprosessiin kuuluu myös vaikeuksia ja epätoivon hetkiä riippumatta

siitä, tekeekö työtä yksin vai yhdessä jonkun kanssa. Kaiken kaikkiaan prosessi on ollut antoisa ja opettavainen. Se on vaatinut pitkäjänteisyyttä ja päättäväisyyttä, vaikka motivaatio olisikin välillä ollut hukassa.

Koen opinnäytetyöprosessin kasvattaneen ammatillista valmiuttani erityisesti sen pitkäjänteisen luonteen ja sen vaatiman päättäväisyyden vuoksi. Koen olevani valmis siirtymään työelämään, enkä kaihda pitkiä, hitaasti eteneviäkään työmuotoja. Opinnäytetyötutkimukseni ansiosta tiedän Seinäjoen mielenterveyden, päihteiden käytön sekä rikollisuuden tilasta ja yhteistyötahoni avulla olen verkostoitunut Seinäjoen moniammatillisen ehkäisevää mielenterveys- ja päihdetyötä tekevän työryhmän kanssa.

LÄHTEET

- Aalto, M. Ei päiväystä. Kaksoisdiagnoosi. Päihdelinkki.fi. Järvenpään sosiaalisairaala, THL. [Verkkosivusto]. [Viitattu 25.7.2017]. Saatavana: <https://www.paihdelinkki.fi/sgn/tietopankki/tietoiskut/kaksoisdiagnoosi>
- Alkula, T., Pöntinen, S. & Ylöstalo, P. 1995. Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. Juva: WSOY.
- Ehkäisevä päihdetyö EHYT ry. 09.03.2017. "On coolimpaa olla selvinpään kuin kännissä" ja muita kohtaamisia Reaktorissa. EHYT. [Verkkosivusto]. [Viitattu 27.9.2017]. Saatavana: <http://www.ehyt.fi/fi/blog/coolimpaa-olla-selvinpain>
- Fergus, S. & Zimmerman, MA. 2005. Adolescent resilience: a framework for understanding healthy development in the face. Michigan: Annual Review of Public Health. Artikkel. Annual Review of Public Health. February 2005.
- Frantti-Malinen, U. 2017. Mielenterveys- ja päihdestrategia. Dia-esitys. 23.2.2017. Seinäjoen kaupunki. Terveiden ja hyvinvoinnin edistämisen yksikkö. Julkaisematon.
- Granfelt, R. 2008. Osalliseksi omaan elämään – Work out -ohjelma nuoren vangin tukena. Vammala: Rikosseuraamusvirasto.
- Gusfield, J. 2003. Constructing the Ownership of Social Problems – Fun and profit in the welfare state. Teoksessa: Orcutt, J & Rudy, D. (toim.) Drugs, alcohol, and social problems. Rowman & Littlefield Publishers: United States of America. The social construction of drug and alcohol problems, 7-18.
- Heiskanen, T., Salonen, K. & Sassi, P. 2006. Mielenterveyden ensiapukirja. Helsinki: SMS - Tuotanto Oy.
- Hietaharju, P. & Nuuttila, M. 2016. Käytännön mielenterveystyö. 4. uudistettu p. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Hietala, T., Kaltiainen, T., Metsärinne, U. & Vanhala, E. 2010. Nuori ja mieli – koulu mielenterveyden tukena. Latvia: Tammi.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13 p. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.
- Huttunen, M. 17.10.2016a. Persoonallisuushäiriöt. [Verkkosivusto]. Duodecim terveyskirjasto. [Viitattu 24.8.2017]. Saatavana: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00407

- Huttunen, M. 17.10.2016b. Skitsofrenia. [Verkkosivusto]. Duodecim terveyskirjasto. [Viitattu 24.8.2017]. Saatavana: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00148
- Jokinen, A., Juhila, K. & Pösö, T. (toim.) 1995. Sosiaalityö, asiakkuus ja sosiaaliset ongelmat. Konstruktionistinen näkökulma. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Juvonen, T. 2005. Osallisuuden kytkennät etsivään työhön – katunuoret. Teoksessa: Kopomaa, T. & Meltti, T. (toim.) Kaupunkisosaalityötä paikantamassa. Helsinki: Yliopistopaino, 37-54.
- Kallio, K. P., Stenvall, E., Bäcklund P. & Häkli, J. 2013. Arjen osallisuuden tukeminen syrjäytymisen ehkäisemisen välineenä. Teoksessa: Ketä kiinnostaa?: Lasten ja nuorten hyvinvointi ja syrjäytyminen. Reivinen, J. & Vähäkylä, L. (toim.) 2013. Helsinki: Gaudeamus Oy, 69-87.
- Karjalainen, K., Savonen, J. & Hakkarainen, P. 2016. Suomalaisten huumeiden käyttö ja huumeasenteet – Huumeaiheiset väestökyselyt Suomessa 1992-2014. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy. Raportti 2/2016. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Kivivuori, J. 2008. Rikollisuuden syyt. Jyväskylä: Gummerus Oy.
- Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka: Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Toinen, uudistettu painos. Jyväskylä: Bookwell Oy.
- Lahti, P. 2003. Hyvän mielen mahdollisuudet. Jyväskylä: Gummerus Oy.
- Laitila, M. 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä: fenomenografinen lähestymistapa. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto.
- L. 1301/2014. Sosiaalihuoltolaki.
- L. 17.1.1986/41. Päihdehuoltolaki.
- L. 30.12.2010/1326. Terveystenhuoltolaki.
- Marttunen, M & Lönnvist, J. 2001. Nuoren päihdeongelman hoito. Nuorten päihdehäiriöiden luonne ja kulku. [Verkkosivusto]. [Viitattu 17.8.2017]. Saatavana Seinäjoen ammattikorkeakoulun Moodle – oppimisympäristössä. Vaatii käyttöoikeuden.
- Minnesota-hoito. Ei päiväystä. [Verkkosivusto]. [Viitattu 17.10.2017]. Saatavana: <http://www.minnesota-hoito.fi/>

- Nousiainen, K. 2015. Yhteisöt pitkäaikaisasunnottomien elämänkuluissa ja emancipatorisessa identiteettityössä. Teoksessa: Väyrynen, S., Kostamo-Pääkkö, K. & Ojaniemi, P. (toim.). Sosiaalityön yhteisöllisyyttä etsimässä. EU: United Press Global. Teoreettisia ja käsitteellisiä näkökulmia yhteisöllisyyteen, 79-105
- Nylund, M. 2005. Osallisuus ja osallistuminen kansalaistoiminnassa. Teoksessa: Kopomaa, T. & Meltti, T. (toim.) Kaupunkisosaalityötä paikantamassa. Helsinki: Yliopistopaino, 141-156.
- Pohjola, A. 2015. Yhteisöt ja yhteisöllisyys monimuotoisena ilmiönä. Teoksessa: Väyrynen, S., Kostamo-Pääkkö, K. & Ojaniemi, P. (toim.). Sosiaalityön yhteisöllisyyttä etsimässä. EU: United Press Global. Teoreettisia ja käsitteellisiä näkökulmia yhteisöllisyyteen, 15-34.
- Raento, P & Tammi, T. 2014. Addiktio – ristiriitainen ja vaikutusvaltainen ilmiö. Teoksessa: Raento, P & Tammi, T. (toim.) Addiktioyhteiskunta: riippuvuus aikamme ilmiönä. 2 p. Helsinki: Gaudeamus Oy, 7-27.
- Raivio, H. & Karjalainen, J. 2013. Osallisuus ei ole keino tai väline, palvelut ovat! Osallisuuden rakentuminen 2010-luvun tavoite- ja toimintaohjelmissa. Teoksessa: T. Era (toim.) Osallisuus: oikeutta vai pakkoa?. [Verkkajulkaisu]. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 156. [Viitattu 17.8.2017]. Saatavana: http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/64153/JAMKJULKAISUJA1562013_web.pdf?se#page=141
- Rönkä, S. 2009. Huumetilanne Suomessa 2009. Teoksessa: Huumetilanne Suomessa 2009. Virtanen, A. (toim.). Helsinki: Yliopistopaino. Raportti 40/2009. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Peluuri. Ei päiväystä. Mitä on ongelmapelaaminen? [Verkkosivusto]. [Viitattu 5.9.2017]. Saatavana: <https://peluuri.fi/fi/pelaajat/yleista-tietoa-pelaajille/mita-on-ongelmapelaaminen>
- Problem gambling in youth - a hidden addiction. 2005. [Verkkolehtiartikkeli]. CABL. The Brown University Child and Adolescent Behavior Letter. (9). 1, 6-7. [Viitattu 5.9.2017]. Saatavana Ebsco Academic Search Elite -tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Pösö, T. 2002. Käsitteet, paha ja tutkijan rajat. Teoksessa: Pahan kosketus: Ihmissyyden ja auttamistyön varjojen jäljillä. 2002. Laitinen, M & Hurtig, J. (toim.). Jyväskylä: PS Kustannus.
- Ronkainen, S., Pehkonen, L., Lindblom-Ylänne, S. & Paavilainen, E. 2013. Tutkimuksen voimasanat. 1.-2. p. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Saarelainen, R., Stengård E. & Vuori-Kemilä, A. 2000. Mielenterveys- ja päihdettyö: Yhteistyötä ja kumppanuutta. Porvoo: WSOY.

- Saari, J. 2015. Huono-osaiset: Elämän edellytykset yhteiskunnan pohjalla. Helsinki: Gaudeamus.
- Sandberg, O. 2015. Hallittu syrjäytyminen: Miten syrjäytymisestä muodostui lähes jokaiseen meistä ulottuva riski?. [Verkkojulkaisu]. Tampere: Tampereen yliopisto. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Akateeminen väitösk. [Viitattu 22.9.2016]. Saatavana: <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/96542/978-951-44-9677-%206.pdf?sequence=1>
- Seinäjoen kaupunki. Päihdepalvelut. Ei päiväystä. [Verkkosivusto]. [Viitattu 10.8.2017]. Saatavana: https://www.seinajoki.fi/sosiaali-jaterveyspalvelut/sosiaalipalvelut/paihdepalvelut2_0.html
- Seinäjoen poliisin tilastot. 2016. [Viitattu 22.3.2017]. Julkaisematon.
- Seinäjoen sanomat. 5.5.2015. Seinäjoki sijoittui toiseksi Paras savuton työpaikka -kilpailussa. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 28.9.2017]. Saatavana: <http://www.seinajoenSanomat.fi/artikkeli/284620-seinajoki-sijoittui-toiseksi-paras-savuton-tyopaikka-kilpailussa>
- Terveyden edistämisen ohjelma. 2013-2015. [Verkkojulkaisu]. Seinäjoki. [Viitattu 6.10.2017]. Saatavana: http://www.seinajoki.fi/material/attachments/seinajoki/sosiaalijaterveys/terveyspalvelut/6JtCALFcl/Terveyden_edistamisen_ohjelma_2013_-_2015.pdf
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). 2009. Ehkäisevä mielenterveystyö kunnissa: Aineistoa suunnittelun tueksi. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 7.8.2017]. Saatavana: <https://www.thl.fi/documents/10531/106402/Kide%202009%206.pdf>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). 2013. Mielenterveys- ja päihdetyö osana kunnan hyvinvointia: Opas strategiseen suunnitteluun. [Verkkojulkaisu]. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy. [Viitattu 10.5.2017]. Saatavana: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110524/URN_ISBN_978-952-245-886-5.pdf?sequence=1
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). 6.6.2016. Energiajuomat. [Verkkosivusto]. [Viitattu 14.8.2017]. Saatavana: <https://www.thl.fi/fi/web/elintavat-ja-ravitsemus/ravitsemus/ravitsemus-ja-terveys/energiajuomat>
- Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet.fi. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Ei päiväystä. [Verkkosivusto]. [Viitattu 15.3.2017]. Saatavana: <https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/index>
- Vilkka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa: Määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Wilkinson, R. & Pickett, K. 2011. Tasa-arvo ja hyvinvointi: Miksi tasa-arvo on hyväksi kaikille? Suomentaja Markus Myllyoja. Juva: Bookwell Oy.

Yle urheilu. 29.9.2010. Rahapelien ikäraja nousee lokakuussa. [Verkkosivusto]. [Viitattu 29.9.2017]. Saatavana: <https://yle.fi/urheilu/3-6164737>

